

DES
KYSTES CONGÉNITAUX
DU PLANCHER BUCCAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 23 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léonce FAURE

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Châtillon-en-Diois (Drôme), le 30 janvier 1871.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. — F. PLAN, DIRECTEUR

Décembre 1893

DES
KYSTES CONGÉNITAUX
DU PLANCHER BUCCAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 23 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léonce FAURE

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Châtillon-en-Diois (Drôme), le 30 janvier 1871.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. — F. PLAN, DIRECTEUR

Décembre 1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
 GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVÉAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRAPIER
Médecine légale		X...
Hygiène		ARLOING
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CRÔLAS.

PROFESSEUR-ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
 Accouchements POLLOSSON, id.
 Botanique. BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DEVIC.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	POLLOSSON.	ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET (Er.).	

BOUVEAULT, chargé des fonctions d'agrégé.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président*; CONDAMIN, *Assesseur*; AUGAGNEUR et JABOULAY, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Docteur en médecine.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine
de Lyon.

A MES CHEFS

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

Pendant notre stage dans le service de M. le professeur Poncet, nous avons observé une jeune fille, porteur d'une énorme grenouillette, et chez laquelle le diagnostic fut porté de kyste congénital du plancher buccal. L'opération vérifia ce diagnostic et démontra l'existence d'une poche complètement indépendante des organes salivaires, s'étendant au loin et beaucoup plus profondément que l'examen ne permettait de le supposer. A ce propos, nous avons entendu M. le professeur Poncet émettre cette opinion : « qu'un grand nombre de tumeurs liquides du plancher de la bouche, englobées sous le terme générique de grenouillette, n'étaient autres que des kystes congénitaux ».

D'après les faits qu'il avait pu observer, et en tenant compte également d'observations de M. Jaboulay, où la tumeur liquide n'était autre qu'un kyste

branchial, il émettait cette opinion « que la variété de grenouillette décrite sous le nom de dilatation aiguë ou chronique de la bourse séreuse de Fleischmann n'existait pas, et que dans ces faits il s'agissait d'un kyste branchial apparaissant plus ou moins tard chez certains sujets et pouvant avoir un développement plus ou moins rapide ».

C'est en nous inspirant de ces opinions que nous avons entrepris cette étude.

Nous avons dû pour plus de clarté examiner toutes les tumeurs congénitales du plancher de la bouche, mais nous nous sommes efforcé de ne pas perdre de vue les variétés de tumeurs liquides congénitales qui, soulevant le plancher buccal, ont été, croyons-nous, la plupart du temps, englobées, sans autre distinction, sous le nom de grenouillette, et dont la pathogénie avait échappé à la plupart des observateurs.

Cette constatation avait également son intérêt au point de vue du siège, des rapports, du pronostic et du traitement de ces kystes congénitaux.

Notre premier chapitre est consacré à l'étude des kystes dermoïdes.

Le deuxième, à l'étude des kystes mucoïdes, qui nous intéressent plus particulièrement de par leur contenu muqueux rappelant la grenouillette classique vulgaire.

Dans le troisième chapitre, nous jetons d'abord un coup d'œil d'ensemble sur les diverses variétés de grenouillettes, que l'on a localisées dans tel ou tel tissu du plancher buccal, nous montrons que la

bourse de Fleischmann n'existe pas, et qu'anatomiquement, si l'on peut par des procédés artificiels déceler une sorte de poche sous le plancher de la bouche, le plus souvent on ne trouve qu'un tissu cellulaire plus ou moins lâche, assimilable au tissu d'autres régions où existent de légers frottements ; en un mot, que rien, dans cette disposition anatomique, ne justifie certaines déductions pathologiques relatives à l'inflammation hydropique plus ou moins aiguë de ce tissu.

Aussi, pouvons-nous dès maintenant, nous ralliant à la manière de voir de M. le professeur Poncet, récuser la grenouillette, dite de Fleischmann, que nous croyons avoir été confondue avec un kyste congénital.

Nous terminons ce troisième chapitre par quelques considérations sur la pathogénie de la grenouillette commune, et nous montrons que l'on peut rapprocher des kystes mucoïdes cette variété de tumeurs.

Pour être complets, nous signalons dans un quatrième chapitre la grenouillette sanguine, qui n'est qu'une tumeur érectile du plancher buccal, assimilable aux nævi cervico-faciaux, développés de préférence, comme on le sait depuis longtemps, sur le trajet des fentes branchiales.

Enfin, dans un cinquième chapitre, nous signalons comme tumeur congénitale du plancher buccal, la grenouillette due à une imperforation du canal de Wharton.

Le diagnostic de ces différents kystes fait l'objet de notre sixième chapitre, et nous terminons ce travail

par le traitement de ces diverses tumeurs (chapitre VII).

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance à M. le professeur Poncet, qui a eu l'idée première de ce travail et nous a fait l'honneur d'en accepter la présidence; qu'il nous soit permis de lui adresser nos sincères remerciements pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli, et les conseils qu'il nous a sans cesse prodigués.

Nous remercions aussi M. le professeur agrégé Jaboulay, qui a bien voulu nous communiquer les observations de deux malades qu'il avait opérés.

Que nos maîtres de la Faculté de médecine et de l'École du service de santé militaire veuillent bien recevoir l'assurance de notre gratitude pour les excellentes leçons qu'ils nous ont données.

DES
KYSTES CONGÉNITAUX
DU PLANCHER BUCCAL

CHAPITRE PREMIER

Des kystes dermoïdes du plancher buccal.

HISTORIQUE.

Les kystes dermoïdes, que l'on désignait autrefois sous le nom de mélicéris, d'athérome, de sthéatome, et qu'on a pendant longtemps confondus avec les grenouillettes, ne sont étudiés que depuis une époque relativement récente; on en a cependant publié des observations il y a fort longtemps.

Un des premiers cas connus est dû à Pierre de Marchettis, de Padoue, qui, en 1670, enleva à un religieux une tumeur mélicérique sublinguale.

En 1775, Girard (*Traité de lupiologie*) admet l'existence de loupes sublinguales, et montre les difficultés qu'il y a à les distinguer des grenouillettes ordinaires.

Jourdain, en 1778 (*Traité des tumeurs*), publie une observation de kyste dermoïde, et décrit cette variété de tumeur sous le nom de kystes sublingaux à contenu mélicérique.

Hernu, en 1791, observe un cas de kyste dermoïde, il est cité dans les œuvres chirurgicales de Desault.

De nouvelles observations sont ensuite publiées par Heister (*Heisterii opera chirurgica*, sectio II, caput 89), Lader (*Journal de chirurgie*, t. III), Benjamin Bell (*Traité des maladies chirurgicales*, 1796), et il faut arriver à la thèse de Bertheraud (Strasbourg, 1845) pour voir la question traitée avec quelques détails; cet auteur cite plusieurs observations de Sicherer (*Rapport sur l'hôpital d'Heibronn*, 1837-1838), de Symes, de Rigaud de Strasbourg.

En 1845, Lebert (*Mém. de la Soc. de biologie*, 1845) publie un intéressant mémoire sur les kystes dermoïdes du plancher buccal; après lui, de nouvelles observations sont citées par Perroult (thèse de Paris, 1858), les auteurs du *Compendium* (t. III, obs. de Denonvilliers), Cruveilhier (*Bull. Soc. anat.*, 1862), Landetta (th. de Paris, 1863), de Monfumat (*Bull. Soc. anat.*, 1865), Paquet (*Arch. gén. de méd.*, 1867), Verneuil (*Bull. Soc. anat.*, 1872), Padiou (*France Méd.*, 1874), Gueterbock (*Lang. Arch. f. Klin. Chir.*, 1878).

En 1877, Cusset (thèse de Paris) étudie avec soin

les fentes branchiales, leur évolution et la pathogénie des kystes dermoïdes.

Puis paraît une leçon clinique de Richet (Thèse de Barbès, Paris, 1879), une description de Duplay (*Traité de path. ext.*, t. V) et un article de Desprès dans le *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, t. XVI).

Après ces travaux paraissent la thèse de Barbès (Paris, 1879), les observations de Gruber (*Virchow's Archiv. f. Path. Anat.*, 1880), de Meunier (*Bull. Soc. anat.*, 1881), de Combalat (Mém. adressé à la Soc. de chir., 1881), de Th. Anger et Duplay (*Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1881), le cas de Nicaise (*Bull. Soc. de chir.*, 1881), relatif à un kyste canaliculé; les thèses de Géhe (Paris, 1882), de Pillon (Nancy, 1883), l'observation de Bartker (*British Med. Journal*, 1883).

En 1883, Ozenne publie dans les *Archives de médecine* un mémoire qui reste l'un des travaux les plus complets sur la question; il contient le résumé de 21 observations.

Gérard Marchant (*Bull. Soc. anat.*, 1886) et Reclus (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1887) concluent à la nécessité de l'extirpation des kystes dermoïdes et montrent les avantages de la voie sus-hyoïdienne pour l'opération.

Lannelongue, dans son *Traité des kystes congénitaux* (1886) et plus récemment encore dans son *Traité des affections congénitales* (1891), fait une étude très complète des kystes dermoïdes, surtout au point de vue pathogénique; il résume 37 cas de kystes der-

moïdes médians et 26 cas de kystes latéraux, qu'il a rassemblés dans les publications de ces cinquante dernières années.

Le 24 février 1891, à la Société de chirurgie, on discuta le traitement de ces kystes et la plupart des chirurgiens, parmi lesquels Gérard Marchant, se déclarèrent partisans de l'extirpation par la voie sus-hyoidienne.

Enfin, en 1892, Caye (thèse de Paris) résume les connaissances acquises sur ces tumeurs, au point de vue des symptômes, du diagnostic et du traitement, mais sans rien dire de leur pathogénie.

Il donne dans son travail le résumé de presque toutes les observations connues et y ajoute quelques cas inédits.

ÉTIOLOGIE.

L'hérédité ne paraît jouer aucun rôle dans le développement des kystes dermoïdes. Le sexe n'a également pas d'influence. C'est en général à la naissance ou dans la première enfance que ces tumeurs font leur apparition ; cependant ce n'est qu'à l'adolescence ou à l'âge adulte que les malades consultent le chirurgien, et on peut expliquer ce fait par cela que ces tumeurs peuvent rester stationnaires pendant plusieurs années.

Dans le mémoire d'Ozenne, sur 21 cas, la plupart comprennent des sujets de 15 à 35 ans ; dans la thèse de Caye, sur 41 cas où l'âge est noté, les malades ont de 17 à 28 ans.

On connaît cependant des observations de kystes dermoïdes développés dans la première enfance; Caye cite un cas chez un nouveau-né; Lannelongue en publie trois. Huit cas ont été observés de 2 à 5 ans. Enfin on en a vu même chez des vieillards (observations de Neumann, de Cruveilhier, où le sujet avait 62 ans, de Meunier, où il en avait 52).

D'après Lannelongue : « Ces débuts tardifs ne doivent pas étonner; l'expression de congénital, appliquée au mot kyste, n'implique pas qu'il existe au moment même de la naissance; elle indique seulement que son existence se rattache à un trouble de développement, lequel peut ne se révéler qu'à un âge fort avancé. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les kystes dermoïdes du plancher buccal ont en général une forme arrondie; quelquefois cependant ils sont plus ou moins déformés par les organes avec lesquels ils sont en rapport; leur volume varie avec leur développement : lorsque ce dernier est considérable, ils se montrent à l'extérieur sous le menton, ou à l'intérieur de la bouche, sous la langue, et quelquefois même dans ces deux régions à la fois. Dans quelques cas, ils pénètrent dans l'intérieur de la langue et en font une véritable cavité kystique. Ils reposent alors sur le plancher buccal, se moulent sur la voûte palatine et remplissent même la concavité du maxillaire inférieur.

Leur siège a servi à les classer; toutefois, comme ils peuvent prendre naissance au niveau de chacun des plans du plancher buccal et qu'ils s'étendent de là dans les tissus voisins, il est parfois bien difficile de déterminer le point où ils ont commencé à se développer.

On peut tout d'abord distinguer :

1° Des kystes dermoïdes médians;

2° — — latéraux.

Les kystes médians ont été l'objet de plusieurs classifications; mais aucune n'est satisfaisante.

D'après Barker, on devrait les diviser en kystes :

1° Unilatéraux, développés entre les muscles génio-glosses et mylo-hyoïdiens de l'un ou de l'autre côté;

2° Bilatéraux, développés entre le mylo-hyoïdien et les génio-glosses;

3° Médians, développés entre les deux muscles génio-glosses.

Mais la deuxième variété ne peut être acceptée, car tout kyste qui aura acquis un développement suffisant occupera les deux côtés de la bouche. Streckeisen distingue quatre groupes de kystes médians :

1° Sous-cutanés, c'est-à-dire plus superficiels que le muscle mylo-hyoïdien (on n'en connaît qu'un seul cas publié par Bazy);

2° Pré-hyoïdiens, développés entre les génio-hyoïdiens ou dans leur substance;

3° Supra-hyoïdiens, développés entre les génio-glosses, au-dessus des génio-hyoïdiens;

4° Intra-hyoïdiens, développés dans la concavité de l'os hyoïde.

Par cette classification, Streckeisen semble rattacher tous les kystes médians à l'os hyoïde; or l'analyse des observations montre que c'est là une erreur, car on observe également des adhérences avec le maxillaire inférieur, et elles sont même plus fréquentes que les connexions avec l'os hyoïde.

Gérard Marchand classe les kystes dermoïdes médians d'après leurs adhérences, soit à l'os hyoïde, soit au maxillaire inférieur, et il distingue :

- 1° Des kystes adgénéniens;
- 2° — adhyoïdiens.

Mais cette distinction ne peut comprendre qu'un petit nombre de cas, car on remarque bien souvent que le kyste est absolument libre de toute connexion avec les os.

Les adhérences osseuses de ces tumeurs sont formées par des bandes de tissu fibreux, minces, allant s'insérer sur le périoste. Parfois, mais rarement, elles constituent un pédicule creux, une sorte de canal de quelques millimètres de diamètre (obs. de Nicaise). Ce cas et celui de Combalat montrent que ces attaches osseuses sont toujours primitives et sont dues au mode de formation même du kyste.

Outre ces connexions osseuses, les kystes dermoïdes contractent quelquefois des adhérences avec les tissus voisins et surtout avec le raphé médian; mais elles sont toujours secondaires et dues à l'inflammation et à la suppuration du kyste.

On a essayé de diagnostiquer ces adhérences avant l'opération, et Marchant a même proposé d'y arriver par la palpation attentive de la tumeur ; on n'a réussi qu'une seule fois, et c'est là un pur hasard, car il est bien difficile de faire un pareil diagnostic, d'autant plus que bien souvent le kyste jouit d'une mobilité complète, tout en présentant des connexions osseuses.

Les kystes dermoïdes médians se développent dans le raphé fibreux qui unit les deux moitiés symétriques de la masse musculaire du plancher buccal ; en augmentant de volume, ils écartent les génio-hyoïdiens et les génio-glosses, dépassent même leurs limites et sont alors étranglés à leur partie moyenne par une véritable sangle musculaire. Même lorsqu'ils paraissent être superficiels, leur partie profonde pénètre toujours dans l'intervalle des génio-glosses et génio-hyoïdiens. Quant aux kystes qui arrivent à se développer jusqu'à l'intérieur de la langue, ils sont également encapsulés dans les muscles de cet organe, amincis et disposés en membrane.

Les kystes latéraux ne présentent à étudier qu'une seule variété, les kystes sublinguaux ; ils paraissent moins fréquents que les précédents, Lannelongue n'en cite que 26 cas. Ils se développent au-dessous de la muqueuse buccale, et arrêtés dans leur évolution en dehors par le maxillaire inférieur, en bas par les muscles mylo-hyoïdiens et digastriques, l'aponévrose cervicale, ils se développent seulement du côté de la bouche en refoulant la langue. Ils occupent la même région que la grenouillette commune, aussi

les a-t-on longtemps confondus avec cette tumeur, ont une forme allongée, soit transversalement, soit d'avant en arrière, et sont fréquemment déformés par les organes adjacents. Mais ordinairement ils sont libres de toute adhérence et présentent rarement des connexions osseuses. (Lannelongue.)

Considéré en lui-même, le kyste dermoïde présente à étudier : 1° sa paroi ; 2° son contenu.

La *paroi* est le plus souvent résistante, son épaisseur atteint et dépasse même 1 millimètre. (Dans un cas cité par Ozenne, la paroi mesurait 4 millimètres.) Elle est généralement peu adhérente aux parties voisines par sa face externe.

La face interne est habituellement lisse et unie, mais peut présenter quelquefois des sinuosités, des plis et des orifices, embouchures de glandes sébacées.

L'examen microscopique a été rarement pratiqué ; voici ce que dit Ozenne à ce sujet : « En pratiquant des coupes après durcissement et coloration au picrocarminate d'ammoniaque, on trouve que la paroi est constituée par trois couches :

1° Une interne, formée de cellules épithéliales (épithélium pavimenteux stratifié) correspondant à la portion cornée de l'épiderme normal ;

2° Une deuxième couche intermédiaire, séparée de la première par une membrane très mince et constituée par des cellules polygonales à noyau coloré en rouge ; à sa surface, on ne rencontre aucune saillie papillaire ; elle répond à la couche de Malpighi ;

3° Une troisième couche, qui n'est autre que du tissu dermique.

D'après Lannelongue, l'épiderme a une épaisseur variable selon la partie de la paroi que l'on considère; il possède souvent ses caractères normaux, mais parfois on n'y distingue plus de cellules crénelées; les cellules les plus superficielles sont plus ou moins macérées dans le contenu du kyste, et la couche cornée ne présente pas de démarcation nette avec les cellules qui forment le contenu de la tumeur. Le derme présente sa structure normale, les vaisseaux y sont généralement assez développés; sa surface est habituellement plane et ne présente que rarement des papilles. On a noté assez fréquemment la présence dans la paroi de poils, de glandes sébacées, ordinairement annexées aux poils, mais quelquefois cependant indépendantes, et s'ouvrant directement à la surface libre de la paroi. Quant aux glandes sudoripares, on n'en a jamais vu dans les kystes dermoïdes du plancher buccal. Dans deux cas de kystes latéraux (Legroux, Giralès), la paroi très épaisse présentait en certains points des végétations fibreuses et cartilagineuses; ces kystes existaient à la naissance et leur structure plus complexe vient de ce qu'ils se sont développés à une période plus précoce.

Contenu. — Les kystes dermoïdes contiennent dans leur intérieur de la matière sébacée, qui se présente le plus souvent sous forme d'un magma blanchâtre ou jaunâtre, ayant la consistance d'une bouillie (Lannelongue). Cette matière est dans quelques cas homogène, dans d'autres elle présente des grumeaux que l'on a comparés à du riz cuit ou à de la matière caséuse.

On n'a pas signalé au niveau du plancher buccal de kyste dermoïde contenant un liquide séreux ou mucilagineux, mélangé à la matière sébacée. Dans une observation de kyste latéral, on a trouvé un contenu huileux, provenant de la fusion à la température du corps des matières grasses renfermées à l'intérieur de la tumeur. (Malherbe de Nantes, *Bull. Soc. chir.*, 1878.)

On n'a jamais encore rencontré de kyste dermoïde de la région que nous étudions ayant subi la transformation calcaire.

A l'examen microscopique le contenu de ces kystes est formé par de la graisse libre, principalement : des cristaux de cholestérine, des débris de cellules épithéliales plus ou moins déformées et racornies, ou infiltrées de graisses, et par des poils.

Étude bactériologique. — Poncet (du Val-de-Grâce) et plus tard Verneuil et Clado trouvèrent dans la paroi ou le contenu des kystes dermoïdes des micro-organismes. Poncet leur attribua la formation de ces tumeurs, et les autres auteurs pensèrent que ces microbes étaient pour quelque chose dans l'accroissement du kyste.

Depuis on a recherché plusieurs fois ces micro-organismes, et presque toujours on n'a obtenu que des cultures négatives. Lannelongue, sur dix cas, n'a eu que deux résultats positifs, et encore dans ces deux cas, un des kystes suppurait et l'autre communiquait avec l'extérieur ; aussi, conclut-il : « que les kystes dermoïdes, tant que leurs parois ont conservé les caractères de tissus normaux, et que leur cavité n'a pas

été mise en communication avec l'extérieur, ne renferment pas de microbes, ou du moins ne renferment pas de micro-organismes cultivables dans les milieux actuellement employés ordinairement en bactériologie. »

PATHOGÉNIE.

On a expliqué de plusieurs façons la formation des kystes dermoïdes, une des théories les plus intéressantes, au moins au point de vue historique, est celle de l'hétérotopie plastique, qui a été surtout défendue par Lebert.

Cette auteur s'appuyait sur cette loi : « Beaucoup de tissus simples ou composés et des organes plus complexes même, peuvent se former de toute pièce dans des endroits du corps, où à l'état normal on ne les rencontre point. »

Pour lui, la production des kystes dermoïdes est autogène et spontanée. Ne tenant aucun compte de leur origine congénitale, de leur formation embryonnaire, il admet leur développement spontané dans des tissus où rien ne les représentait auparavant, et leur production autogène par l'organisme lui-même est due « à une aberration particulière de la nutrition. » (*Traité d'anat. path., loc. cit., p. 256.*) Ce sont donc de véritables néoplasmes.

Cette opinion déjà soutenue par Meckel, puis par Cruveilhier (*Essai sur l'anatomie pathologique, t. II*), a été appuyée par Lebert par un grand nombre de faits et exposée d'une façon très claire.

Dès qu'elle fut présentée à la Société anatomique, cette théorie fut combattue sur Depaul, Verneuil, Broca (*Bull. Soc. anat.*, 1852). Elle n'en trouva pas moins de nombreux partisans, et plusieurs chirurgiens, parmi lesquels Verneuil et Broca, l'admirent en partie pour expliquer certains faits.

Mais cette doctrine, en désaccord avec les faits, ne répond pas à toutes les questions soulevées par la formation des kystes dermoïdes. Elle n'explique ni leur origine congénitale, ni leur prédilection pour certaines régions, pas plus que leurs adhérences aux tissus voisins, et particulièrement au squelette. Verneuil a bien montré en outre toutes la différence qu'il y a entre ces kystes et un néoplasme : « L'hétérotopie morbide ne s'observe guère dans l'enfance, ni surtout congénitalement ; elle porte ordinairement sur un seul tissu, et les tumeurs qu'elle engendre n'ont pas une structure aussi complexe et aussi variée que les tumeurs dermoïdes ; elle constitue une maladie véritable ayant une marche différente, relevant presque toujours d'une diathèse, et montrant souvent une grande prédisposition à se généraliser. »

Avec les données histogéniques actuelles, il n'est plus possible d'admettre la formation directe d'un tégument véritable avec poils et glandes.

Cusset (thèse de Paris, 1873), après avoir réfuté cette théorie, s'exprime ainsi : « Dire que des tissus aussi complexes que la peau et une muqueuse naissent spontanément dans une région, ce n'est pas dire pourquoi ils y naissent. Cette loi, en expliquant une

chose obscure par une autre plus obscure encore, ne sert qu'à cacher notre ignorance. »

Aussi la théorie défendue par Lebert doit-elle être complètement abandonnée, et si elle conserve encore quelque intérêt, ce n'est plus que par son histoire.

Actuellement, on admet plutôt, pour expliquer la pathogénie des kystes dermoïdes, la théorie dite de l'enclavement, qui a été exposée pour la première fois par Verneuil en 1855, à propos de l'inclusion scrotale et testiculaire, et généralisée par lui aux kystes dermoïdes du plancher de la bouche (thèse de Landetta, Paris, 1863). Les Allemands cependant lui contestent la priorité, l'attribuent à Remak et désignent même cette doctrine sous le nom d'invagination de Remak (*die Remakschen Einstülpung*). En réalité, c'est bien Verneuil qui a émis le premier l'idée de la formation des kystes dermoïdes par le mécanisme de l'enclavement, car Remak ne s'occupe que de tumeurs autres que ces kystes, telles que le cancer épithélial ou le cholestéatome de J. Müller.

D'après la théorie de l'enclavement, les kystes dermoïdes proviendraient du tégument cutané de l'embryon, dont une partie serait restée incluse au milieu d'autres tissus, pendant le développement fœtal, et par son développement ultérieur aurait formé un kyste.

Cette portion du tégument enclavé est formée par l'ectoderme et le derme embryonnaire. A mesure que l'organisme se développe, le petit sac enclavé s'éloigne de plus en plus du tégument externe; le pédicule qui l'y rattache, s'allongeant moins vite que les tissus

voisins, arrive à se rompre et toute connexion avec l'ectoderme disparaît. Les choses peuvent en rester là pendant un temps variable, mais en général l'ilot épidermique, après avoir subi un arrêt de développement plus ou moins long, recommence à s'accroître et va former alors un kyste dermoïde. On a remarqué que cette augmentation de volume coïncidait très souvent avec la puberté, mais on n'est pas arrivé à donner d'explication satisfaisante de ce fait.

Lorsque le kyste s'accroît, sa paroi, elle aussi, se développe, en même temps que s'accumulent à son intérieur les produits de sécrétion et de desquamation. Les éléments histologiques qui constituent cette paroi évoluent comme à l'état normal et passent par les mêmes phases de rénovation et de desquamation que dans l'épiderme.

Pour les kystes dermoïdes du plancher buccal, l'enclavement se produit au niveau de la symphise du menton, au niveau de la soudure des deux arcs mandibulaires. « Le tégument fœtal est pris soit entre les deux bourgeons du maxillaire inférieur, soit entre le cartilage de Meckel et le maxillaire. » C'est là la raison pour laquelle ces kystes sont si fréquemment adhérents à cet os. Ces tumeurs sont toujours situées en arrière et non en avant de la symphise, par suite du mode d'ossification du maxillaire.

Cet os se constitue sur la face externe du cartilage de Meckel, qui se compose comme lui de deux moitiés latérales, symétriques, qui se mettent en contact et se soudent ensuite par leurs extrémités antérieures; ce sont elles qui en se réunissant pin-

cent l'ectoderme, et comme ce cartilage précède l'apparition du maxillaire, le kyste est fatalement placé en arrière de l'os.

Tous les kystes dermoïdes du plancher buccal n'ont pas leur origine dans la réunion des deux bourgeons maxillaires inférieurs; un certain nombre proviennent des fentes branchiales proprement dites, de la seconde, d'après Verneuil, ainsi que l'attestent leurs adhérences avec l'os hyoïde.

L'expérimentation elle-même a apporté de nombreuses preuves en faveur de la théorie de l'enclavement, et on est arrivé, au moyen de greffes cutanées, à déterminer des enclavements superficiels et à former ainsi de vrais kystes dermoïdes. Masse, de Bordeaux (*Bull. gén. de therap. méd.*, 1885), a greffé dans le péritoine de rats blancs des lambeaux cutanés, et a vu se développer au bout de deux mois de véritables kystes dermoïdes pileux; Lannelongue a obtenu également les mêmes résultats en greffant des lambeaux cutanés sous la peau de jeunes cobayes.

Le mécanisme de l'enclavement est donc le mode de formation le plus probable des kystes dermoïdes, c'est d'ailleurs cette pathogénie qui est admise aujourd'hui par tous les médecins.

On ne peut citer que pour mémoire la théorie qui explique la formation des kystes dermoïdes par la diplogénèse par inclusion. Cette doctrine, qui ne peut s'appliquer qu'à quelques cas rares et surtout complexes, ne peut être généralisée aux kystes les plus simples, tels que ceux du plancher de la bouche.

SYMPTÔMES.

Les dermoïdes du plancher buccal passent bien souvent inaperçus à leur début. Chez les enfants, c'est la gêne qu'ils apportent à l'allaitement qui révèle leur présence; quant aux adolescents et aux adultes, ils ne viennent consulter les chirurgiens que lorsque la tumeur provoque des troubles fonctionnels déjà considérables. Dans ce dernier cas, le kyste existe fréquemment depuis longtemps; on l'a reconnu soit au moment même de la naissance, soit dans l'enfance, mais comme il n'a pas augmenté de volume et qu'il ne cause aucune gêne, on n'y a fait aucune attention. La tumeur, à ce moment, a la grosseur d'une noisette ou d'une petite noix, plus tard elle arrive à s'accroître parfois très rapidement, et c'est alors que le médecin voit les malades.

Le kyste fait saillie soit dans la cavité buccale, c'est le cas le plus fréquent, soit seulement du côté de la région sus-hyoïdienne, soit vers ces deux régions à la fois. Dans quelques cas, la tumeur ne se montre dans la région sus-hyoïdienne que lorsqu'elle fait une saillie déjà considérable dans la cavité buccale, et la tuméfaction extérieure augmente alors encore si l'on fait fermer la bouche du malade.

A l'intérieur de la bouche, on aperçoit sur le plancher buccal une tumeur, le plus souvent mé-

diane, arrondie, plus ou moins rapprochée du maxillaire inférieur, dont elle peut occuper la concavité, ou dont elle est parfois assez éloignée pour qu'elle en soit séparée par une véritable gouttière transversale. Exceptionnellement, le kyste s'est développé dans l'intérieur de la langue ou à la face inférieure de la portion libre de cet organe; le plus souvent, il est sublingual; quelquefois aussi il soulève le frein de la langue et ce dernier le divise alors en deux lobes latéraux.

Dans d'autres cas, la tumeur occupe les parties latérales du plancher de la bouche; elle est alors allongée, soit transversalement, soit d'avant en arrière.

Le volume de ces kystes est variable, le plus souvent, ils atteignent la grosseur d'une mandarine, d'un œuf, quelquefois d'une orange.

La peau ou la muqueuse qui les recouvre n'a subi aucun changement d'aspect; la muqueuse buccale en particulier est généralement rosée; dans un cas (Nicaise et Schmitt), elle avait une couleur jaunâtre par suite de la transparence de la paroi. Le kyste est généralement opaque et ne présente jamais l'aspect bleuâtre des grenouillettes.

En se développant, la tumeur repousse la langue, au début du côté opposé; plus tard, en haut et en arrière. Elle arrive à occuper presque tout le plancher buccal; arrêtée en avant par le maxillaire inférieur, elle peut s'étendre en arrière jusqu'à l'angle de la mâchoire, ou bien elle vient faire saillie au niveau des dents, qu'elle repousse parfois et dont elle

peut changer la direction (cas de Denonvilliers, Verneuil, Verchère et Denucé). On n'a jamais observé la compression des canaux de Wharton.

Au toucher, la muqueuse buccale est lisse, douce, exceptionnellement sèche et rude, mobile sur les plans sous-jacents, elle ne présente jamais que de très faibles adhérences avec la paroi du kyste, et conserve généralement son épaisseur normale.

A la palpation, on délimite une tuméfaction assez nettement circonscrite, arrondie, de consistance molle, plus ou moins fluctuante, quelquefois seulement rénitente. Cette fluctuation est parfois assez évidente, mais bien souvent elle n'est pas franche et on a alors une sensation de mollesse spéciale; dans ce cas, on a remarqué que la pression du doigt laissait une empreinte persistante sur la tumeur.

Les troubles fonctionnels causés par la présence du kyste sont en rapport avec le volume de ce dernier. Chez le nouveau-né, un kyste même de volume minime gêne considérablement la succion. Chez l'adulte, les fonctions de la bouche ne sont entravées que lorsque la tumeur est déjà volumineuse, et ils sont surtout accentués lorsqu'elle se développe du côté de la cavité buccale. La mastication et l'insalivation des aliments se font alors d'une façon défectueuse; la déglutition est gênée par la langue repoussée en haut et en arrière.

Dans quelques cas, on a noté une salivation abondante, provenant d'une excitation de la sécrétion salivaire par la tumeur (Ozenne).

La phonation elle-même est souvent altérée; cer-

tains mots ne peuvent plus être prononcés, et l'exercice de la parole peut devenir très pénible.

La respiration est normale en général ; dans deux cas seulement, on a vu la langue, repoussée en arrière, s'appuyer sur l'épiglotte et apporter ainsi un obstacle, à l'entrée de l'air.

Enfin, il n'existe jamais de douleurs spontanées ni provoquées par la palpation.

MARCHE, PRONOSTIC.

Les kystes dermoïdes que nous étudions restent souvent inaperçus pendant longtemps ; une fois qu'ils ont commencé à s'accroître, leur développement en général est lent, et souvent ils restent stationnaires, même pendant plusieurs années. La puberté et plus souvent l'adolescence semblent leur donner comme un coup de fouet, et il est fréquent alors de voir des kystes qui ne se sont pas accrus sensiblement depuis plusieurs années, prendre un développement plus ou moins rapide ; en tout cas, il est tout à fait rare qu'ils acquièrent un volume considérable en quelques jours, ainsi que l'a signalé Schmitt dans une de ses observations.

On n'a vu qu'une fois (dans un cas de kyste latéral) le kyste s'ouvrir spontanément à l'extérieur ; cette rupture succède généralement à une inflammation spontanée ou est consécutive à une intervention chirurgicale incomplète. Dans ce dernier cas, il se

forme une fistule qui ne peut guérir que par une opération.

Au point de vue du pronostic, ces tumeurs n'ont qu'une gravité relative et en général les malades guérissent promptement après l'extirpation complète.

CHAPITRE II

Kystes mucoïdes.

Après l'étude que nous venons de faire des kystes dermoïdes, il n'y a que peu de choses à dire sur les kystes mucoïdes du plancher buccal. Ces deux variétés de kystes présentent en effet un si grand nombre d'analogies, qu'une bonne partie de ce qui a été dit pour les uns peut s'appliquer aux autres.

Les kystes mucoïdes s'observent moins souvent que les précédents, on en connaît seulement quelques cas occupant la région médiane (trois observations), ou les parties latérales du plancher buccal. Aussi cette rareté doit-elle, comme le dit Lannelongue, rendre les hypothèses moins solides et obliger à de plus grandes réserves.

Au point de vue anatomo-pathologique, ces tumeurs sont constituées comme les kystes dermoïdes, seulement la paroi a la structure d'une muqueuse, au

lieu d'avoir celle du revêtement cutané. Cette paroi, plus mince que celles des kystes dermoïdes, comprend en effet deux parties : une externe, qui est de structure conjonctive ; une interne, constituée comme une muqueuse avec un revêtement épithélial formé le plus souvent de cellules cylindriques, munies, dans quelques cas, de cils vibratiles ; d'autres fois, mais très rarement, et par place seulement, d'un épithélium pavimenteux. On ne connaît pas d'observation de kystes mucoïdes du plancher buccal où la paroi fut en partie muqueuse et en partie cutanée.

Le contenu de ces kystes est formé par un liquide muqueux, filant et visqueux, rarement coloré en rouge, dégageant parfois une odeur fétide de matière sébacée, il renferme habituellement de la cholestérine, et on y remarque en suspension des cellules épithéliales régulières ou plus ou moins dégénérées.

Les symptômes sont à peu près les mêmes que ceux des kystes dermoïdes ; cependant, il faut signaler la grande étendue de ces tumeurs, qui peuvent remonter vers la base du crâne, ou aller vers le pharynx, les vaisseaux du cou ; la minceur de leur paroi, et quelquefois la fétidité de leur contenu. Quant au moment de leur développement, il en est de ces kystes comme des autres tumeurs congénitales qui peuvent apparaître tardivement chez des adolescents de préférence, mais aussi chez des nouveau-nés et des gens âgés.

La pathogénie des kystes mucoïdes est la même que celle des kystes dermoïdes, et on peut encore admettre ici une inclusion fatale pour expliquer la

formation de ces tumeurs, seulement l'inclusion, au lieu de se faire aux dépens du revêtement cutané, s'est produite au contraire dans la profondeur, aux dépens du tégument interne.

Neumann, cependant, a cru devoir rapporter (*Langenbeck's f. Klin. Chir.*, 1878) l'origine de ces kystes mucoïdes à une ectasie du diverticule muqueux décrit par Bochdaleck (*Æsterreichische Zeitschrift f. praktische Medicin*, 1860). « Ce diverticule prend naissance sur la ligne médiane, à la période de développement de la langue, entre les deux rudiments qui vont par leur réunion constituer cet organe. » (Lannelongue.)

Ce canal, bien étudié par His, est formé par un cul-de-sac revêtu d'un épithélium cylindrique qui s'allonge peu à peu et dont la partie profonde donne la partie moyenne du corps thyroïde. Il s'ouvre à la surface de la langue, au niveau du foramen cæcum, derrière la grande papille caliciforme médiane, ou sur une dépression médiane plus postérieure; il descend obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, et se termine sur la thyroïde moyenne ou pyramide de Lalouette.

Cet organe peut disparaître complètement, c'est ce qui se produit le plus souvent; quelquefois il persiste sur une certaine partie de sa longueur. D'après Bochdaleck, 13 fois sur 50 sujets, on retrouve seulement la portion du canal faisant suite à l'orifice du foramen cæcum, sur une longueur de 10 à 15 millimètres. Le calibre de ce canal est alors très variable, il est tapissé par un épithélium à cils vibratiles, sa

partie profonde est pourvue de prolongements rameux, dans lesquels s'ouvrent de petites glandes; ces diverticules sont également pourvus d'épithélium à cils vibratiles.

Pour Bochdaleck, ce serait aux dépens de ce diverticule que se développeraient certains kystes médians.

On ne peut pas rejeter complètement l'existence de kystes provenant de ce canal; mais dans l'état actuel de nos connaissances, cette variété de kystes n'est pas connue, et un cas unique ne suffit pas pour une étude complète.

Il est bien probable que les kystes que Neumann fait développer aux dépens du canal de Bochdaleck, ont une origine congénitale, proviennent d'une inclusion fœtale, et que ce sont de vrais kystes mucoïdes.

CHAPITRE III

Considérations sur la pathogénie de la grenouillette.

Maintenant que nous connaissons la structure, la pathogénie, les symptômes des kystes mucoïdes, il nous est permis de rapprocher de ce genre de tumeurs la grenouillette commune, et de tenter de justifier cette opinion de M. le professeur Poncet, à savoir « qu'un grand nombre de tumeurs liquides du plancher buccal, désignées sous le nom de grenouillette, ne sont autre chose que des kystes congénitaux. »

Peu d'affections chirurgicales ont une histoire aussi longue et aussi pleine de controverses que la grenouillette; aussi nous bornerons-nous à rappeler seulement les principales théories faites pour expliquer la formation de ce genre de kystes.

Il est inutile de citer les théories hypothétiques et

erronées des anciens, qui décrivaient, sous le nom de grenouillette, les affections les plus diverses.

Ce n'est qu'à partir du XVIII^e siècle que les progrès de l'anatomie vinrent éclairer la pathogénie de ces tumeurs.

Munichs, Van der Wiel, Jourdain, Louis, pensent que la ranule est causée par la rétention de la salive dans les conduits salivaires; leur opinion est adoptée par l'Académie de chirurgie.

Breschet et Dupuytren en font un kyste formé dans le tissu cellulaire; Malgaigne, un kyste folliculaire développé dans les glandes muqueuses du plancher buccal; Malcomson, une tumeur résultant de la dilatation et de la rupture du canal de Wharton, avec enkystement de la salive dans les tissus voisins.

Jobert de Lamballe reconnaît plusieurs sortes de grenouillettes: 1^o une grenouillette salivaire par dilatation du conduit de Wharton; 2^o une grenouillette muqueuse, comprenant les kystes folliculaires et les hydropisies de la bourse de Fleischmann.

Closmadeuc, en 1855 (thèse de Paris), prouve que les calculs salivaires et les corps étrangers n'amènent qu'une dilatation légère des canaux salivaires et jamais une grenouillette.

Ch. Robin, 1858 (*Mém. Soc. biologie*), décrit le premier la structure de ces kystes et montre leur origine glandulaire, au moins pour beaucoup d'entre eux.

Tillaux (thèse 1862) soutient que cette affection provient de l'oblitération des canaux salivaires et de leur dilatation consécutive.

Perroud (thèse de Paris, 1858) distingue des grenouillettes : 1° par dilatation des conduits salivaires sublinguaux ; 2° distinctes des conduits salivaires et se subdivisant en lacuneuse primitive, lacuneuse consécutive et folliculaire.

Denonvilliers et Gosselin ne reconnaissent que deux variétés seulement : une grenouillette rare due à la dilatation du canal de Wharton ; une vulgaire, indépendante des conduits salivaires. Ils signalent les premiers l'existence de la grenouillette sus-hyoïdienne.

Demons (thèse, Paris, 1868) cite dans sa thèse un mémoire de Kölliker, où ce dernier montre la différence qu'il y a entre la structure de la paroi des grenouillettes et celle des conduits salivaires.

Tillaux (*Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1876), après des recherches et des expériences, attribue la grenouillette aiguë à une rupture des conduits salivaires et à l'épanchement de la salive dans la bourse de Fleischmann.

Neumann, 1876, s'appuyant sur une seule observation, place l'origine de la grenouillette dans le diverticule muqueux décrit par Bochdaleck.

Plus récemment, Recklinghausen (*Arch. de Virchow*, 1887) regarde la glande de Nühn-Blandin comme le siège de cette variété de kystes ; Sonnenburg confirme, en 1883, ces résultats.

Bazy (*Bull. Soc. anal.*, 1883) montre que la glande de Nühn-Blandin n'est qu'exceptionnellement le siège de la grenouillette et expose le résultat de ses recherches sur la structure de la grenouillette salivaire.

Chauvel (*Dictionnaire de Dechambre*) donne une classification des grenouillettes qui est presque généralement acceptée aujourd'hui ; il distingue :

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| 1° Grenouillettes glandulaires | { | 1° sublinguale.
2° par ectasie du canal de Whar-
ton.
3° sus-hyoïdienne.
4° de la glande Nühn-Blandin. |
| 2° Grenouillettes non glandulaires | { | 1° kystes du tissu cellulaire ou
de la bourse de Fleisch-
mann.
2° kystes congénitaux multilocu-
laires.
3° kystes hydatiques.
4° kystes sanguins. |

Nous avons omis, et à dessein, de signaler dans cet exposé résumé des principales théories émises sur la question, une hypothèse, qui est acceptée encore par plusieurs chirurgiens, et surtout par les Allemands, qui est signalée par la plupart des traités de chirurgie contemporains, et qui fait de la bourse séreuse sublinguale décrite en 1841 par Fleischmann, le siège de la grenouillette. Cette théorie est intéressante à bien des points de vue, et mérite une étude spéciale.

D'après l'anatomiste allemand : « Si de l'un ou de l'autre côté du frein, on détache la muqueuse de la langue, on trouve auprès de ce frein et couchée sur le muscle génio-glosse, derrière le conduit de Whar-
ton et ceux de Rivinius, une petite bourse muqueuse,

ovalaire, divisée en locules par des cloisons cellulaires. » Tillaux qui est absolument de l'avis de Fleischmann, ajoute : « L'existence de cette bourse sublinguale est incontestable ; tous ceux qui voudront prendre la peine de pratiquer une coupe médiane antéro-postérieure, la trouveront toujours sur la tranche de cette coupe. » Il en donne ensuite la description suivante : « Elle est aplatie, de forme triangulaire, unique, divisée en bissac sur la ligne médiane par le frein de la langue. Elle présente à considérer, deux faces, l'une antérieure, accolée à la face profonde de la muqueuse, et à la partie postérieure du canal de Wharton et de la glande sublinguale ; l'autre postérieure tapisse la face antérieure du muscle génio-glosse. Cette bourse est le résultat de l'écartement de la muqueuse buccale et du muscle génio-glosse, par suite de l'interposition entre ces deux plans de la glande sublinguale. »

Admise par la plupart des anatomistes allemands, surtout par Frerichs et Weber, l'existence de cette bourse séreuse a été très contestée en France. Il n'y a guère que Tillaux qui l'admette tout à fait. Verneuil n'a pu la trouver que six fois sur dix cas.

Bertherand, Malgaigne, Virchow, Sappey, Michel (de Nancy), Richet, nient absolument son existence, et dans leurs recherches ils n'ont trouvé à la place occupée par cette bourse que des espaces lacunaires creusés artificiellement dans le tissu cellulaire sublingual, parfois entre les deux génio-glosses, mais sans parois propres et sans revêtement épithélial.

Suzanne (th. de Bordeaux, 1886-1887) confirme

absolument ces conclusions, et après avoir étudié anatomiquement sur un grand nombre de sujets le plancher buccal, il est amené à donner les conclusions suivantes : « Dans nos dissections nous avons vainement recherché cette bourse, et nous pouvons affirmer que nous ne l'avons jamais rencontrée. Nous avons en outre employé le procédé de Tillaux, c'est-à-dire la coupe antéro-postérieure, et nous n'avons pas constaté en arrière de la glande sublinguale le moindre rudiment d'une cavité. Nous nous sommes également servi de l'insufflation, et toutes les fois nous n'avons pu produire qu'un emphysème généralisé de toute la région sublinguale, mais jamais nous n'avons réussi à insuffler une cavité bien limitée. Nous avons aussi fait avec précaution des injections de liquides colorés et coagulables sous la muqueuse du plancher de la bouche, et chaque fois l'injection refoulant et tassant le tissu cellulaire sous-muqueux dans une faible étendue a déterminé ainsi la formation d'une petite poche artificielle, qui présentait un diverticulum sur la ligne médiane, par suite de la pénétration du liquide injecté dans l'interstice des deux muscles génio-glosses. La production de ce diverticulum prouve bien que l'injection a pénétré dans le tissu cellulaire lâche de cette région et non dans une cavité close préexistante. » Alezais, de Marseille (*Journal de Robin*, 1884), arrive après ses recherches aux mêmes conclusions.

Dès que l'existence de cette bourse a été connue, on a voulu en faire le siège de la grenouillette, et on a invoqué en faveur de cette hypothèse : la nature

et la composition chimique du contenu du kyste, lequel est bien filant et épais, mais ne contient pas du tout les éléments de la salive; la multiplicité ou le cloisonnement de la poche principale; la présence d'une paroi propre enkystant la tumeur. Jobert ajoute, comme signes pathognomoniques, l'inégalité de forme, l'absence de transparence, la dureté des parois, le manque fréquent de fluctuation, le siège médian d'emblée de la tumeur, repoussant en avant le frein de la langue et s'étendant plus ou moins loin dans la région glosso-sus-hyoïdienne.

Enfin, dans ces dernières années, Tillaux a voulu faire de la bourse séreuse de Fleischmann le siège de la grenouillette aiguë. D'après ce chirurgien, le canal de Wharton n'est pas dilatable rapidement; si on injecte du liquide dans son intérieur, il augmente lentement, uniformément et progressivement de volume, atteignant tout au plus la grosseur d'une plume de corbeau: il ne peut donc pas être le siège de la grenouillette aiguë, et celle-ci doit se développer dans une cavité préexistante. Pour lui, il se produit un obstacle au cours de la salive; le canal excréteur (peut-être déjà altéré) se rompt en arrière de l'obstacle, et la salive s'épanche brusquement dans une bourse séreuse qui va alors sécréter à son tour.

Si l'on a soin de remarquer que l'existence de cette bourse séreuse est plus que douteuse, et que d'autre part les signes donnés comme spéciaux aux kystes développés dans cet organe n'ont rien de pathognomoniques, il est permis de rejeter cette pathogénie de la grenouillette, ainsi que la théorie de Tillaux,

et de penser que cette variété de tumeur n'est autre qu'un kyste congénital.

Tout d'abord, dans les cas de grenouillette à marche chronique développée dans cette bourse, la différence que présente, au point de vue de la nature et de la composition le liquide du kyste et la salive, prouve évidemment que la tumeur n'est pas née dans un organe glandulaire et élimine l'idée d'une rétention; et l'aspect de ce contenu filant, visqueux, est plutôt en faveur d'une tumeur congénitale.

La multiplicité et le cloisonnement des loges est aussi un des caractères de ce dernier genre de kystes.

De même l'existence d'une paroi propre, enkystant la tumeur, et provenant soit de phénomènes inflammatoires, soit du refoulement et du tassement des tissus voisins.

L'absence de transparence est expliquée par la présence de cette paroi épaisse; et quant à l'absence de fluctuation, on ne peut pas en faire un signe de diagnostic différentiel, quand on songe combien il est difficile de trouver ce symptôme lorsque la tumeur ne repose pas sur plan présentant une résistance suffisante.

Le siège médian d'emblée de ces kystes s'observe également dans le cas de kyste congénital; et quand bien même on admettrait le développement de la grenouillette dans les conduits excréteurs de la glande sublinguale, il est facile d'expliquer ce siège médian d'emblée, par ce fait que les conduits les plus internes de la glande sublinguale sont situés très près de la ligne médiane, et ce sont même les plus volumineux.

L'inégalité de forme s'observe également dans les tumeurs congénitales, et provient de l'action soit des muscles de la région, soit du frein de la langue qui dans ce cas est souvent repoussé.

Quant à la théorie de Tillaux, qui fait développer la grenouillette aiguë dans cette bourse séreuse, à la suite de la rupture du canal de Wharton, on remarque de suite qu'elle ne peut être acceptée, car le contenu de ces kystes diffère totalement de la salive; de plus les fistules salivaires ne s'oblitérant presque jamais, ou très lentement, on ne s'explique guère comment, dans le cas qui nous occupe, il se produirait une exception, et comment l'ouverture arriverait à se fermer d'une façon assez rapide pour produire un kyste absolument dépourvu de toute communication avec les conduits salivaires.

Nous pouvons donc conclure de tout ceci, qu'anatomiquement, la bourse séreuse de Fleischmann n'existe pas; que rien dans la disposition anatomique de la région ne justifie certaines déductions pathologiques relatives à l'inflammation hydropique plus ou moins aiguë du tissu cellulaire du plancher buccal. Les kystes décrits comme se développant dans la bourse de Fleischmann doivent être, croyons-nous, et nous nous rallions en cela à la manière de voir de M. le professeur Poncet, considérés comme des kystes congénitaux ayant une marche lente dans le cas de grenouillette chronique, ou présentant un accroissement rapide dans le cas de grenouillette aiguë, par suite de phénomènes inflammatoires se produisant au niveau de la tumeur, ainsi que cela s'observe fréquemment dans le cas de kystes branchiaux.

Cette idée que nous venons de défendre, pour les kystes de la bourse de Fleischmann, peut être généralisée à d'autres tumeurs liquides du plancher buccal, et en particulier à la grenouillette commune. Nous allons essayer de montrer que dans ce cas également il s'agit non pas d'un kyste salivaire, mais bien d'un kyste congénital.

Depuis qu'on opère la grenouillette non plus par la voie buccale, mais par la voie sus-hyoïdienne, qui offre plus de commodité et de clarté, on a été frappé de la ressemblance qu'offre le liquide renfermé dans ces tumeurs avec le contenu des kystes branchiaux, et en particulier les kystes mucoïdes.

Cette analogie a fait penser que ces deux affections en apparence si différentes, pouvaient bien avoir quelques chose de commun, et en les étudiant avec soin on arrive à conclure qu'elles sont tout à fait comparables et peuvent même être réunies dans une même classe.

Ce sont les observations suivantes qui ont servi de point de départ à cette hypothèse.

OBSERVATION I (inédite).

Service de M. le professeur PONCET.

Kyste congénital du plancher buccal. — Grenouillette gauche latérale et médiane.

L... (Marie), 22 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Bonne santé habituelle.

Le début de l'affection actuelle remonté à un an environ; à ce moment, se développa spontanément, insidieusement, sans aucune douleur sur le plancher buccal, une petite tumeur, molle, absolument indolente.

La malade est très affirmative, et soutient que la tumeur a pris naissance sur le plancher buccal, non sur la face inférieure de la langue, qu'au début elle était unilatérale et placée à droite du frein de la langue. Ce n'est que plus tard qu'elle envahit la moitié gauche du plancher buccal, qu'elle occupe maintenant en entier.

L'affection est restée pendant un an environ limitée à cette région; ce n'est que depuis quinze jours que la région sous-maxillaire gauche s'est tuméfiée et a pris un développement considérable et rapide.

Actuellement, le plancher de la bouche est occupé par une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, séparée par un sillon profond du bord alvéolaire; elle est mal limitée en arrière, surtout du côté gauche, où elle semble présenter un prolongement. A la surface, la muqueuse a conservé un aspect normal; elle est lisse, rosée, un peu bleuâtre au point le plus élevé, sa consistance est molle, élastique. La langue est rejetée en haut et en arrière.

La région sous-maxillaire gauche est occupée par une tumeur assez volumineuse, du volume d'un œuf de dinde. A la surface, la peau a conservé son aspect normal; elle est libre et glisse parfaitement. Limitée en arrière au sternomastoïdien, la tumeur se prolonge en haut sur la face antérieure du masséter, mais la région parotidienne reste absolument libre. En dedans, on trouve un prolongement occupant toute la région sus-hyoïdienne médiane, séparé de la tumeur par un sillon bien marqué.

Fluctuation manifeste, se transmettant de la tumeur sous-maxillaire à la tumeur sublinguale; le liquide peut être refoulé de l'une dans l'autre.

L'affection a toujours eu une évolution absolument indolente, et la malade réclame une intervention seulement à cause du volume de la tumeur qui s'accroît sans cesse.

Donc, pas de douleurs spontanées, un peu de gêne de la mastication et surtout de la déglutition, qui est un peu pé-

nible. Pas de trouble de la phonation, la respiration se fait normalement.

Le cathétérisme du canal de Wharton est assez facile, surtout à gauche; son diamètre est normal, et son trajet, situé tout entier au-dessus de la tumeur sublinguale.

Opération (novembre 1892). — On attaque la tumeur par la région sous-maxillaire; incision parallèle au bord inférieur du maxillaire; on tombe sur une poche kystique qui refoule au-dessus d'elle la glande sous-maxillaire; ouverture de la poche: il s'en écoule un liquide jaune citrin, très visqueux et très abondant. Le doigt introduit par l'ouverture pénètre dans une vaste cavité qui se prolonge en dedans jusqu'au plancher buccal. Mais c'est surtout en haut et en arrière que les dimensions de la poche sont considérables; on touche avec l'index toute la face interne du maxillaire et on va en arrière jusqu'à la base du crâne, où l'on peut sentir l'apophyse styloïde; quelques brides fibreuses cloisonnent la cavité.

Après un léger raclage avec la curette et une cautérisation au nitrate d'argent, on bourre avec de la gaze iodoformée, et on recouvre la plaie avec un pansement.

Mars¹⁸⁹³. Récidive. — Incision suivant le même procédé. Cautérisation avec le nitrate d'argent. Guérison (20 mars).

OBSERVATION II (inédite).

Due à M. le professeur PONCET.

Kyste congénital hématique droit soulevant à droite le plancher buccal, occupant la région sous-maxillaire correspondante, et descendant au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde: large incision, tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison.

D..., âgé de 11 ans, a été amené dans les premiers jours de janvier 1890 par ses parents, à M. le professeur Poncet pour une tuméfaction de la région cervicale droite, qui remonterait à la naissance, mais qui se serait notablement accrue après une atteinte d'influenza survenue en décembre 1889.

Il s'agit d'une tumeur très molle, sans changement de coloration de la peau, faisant une légère saillie sous la muqueuse buccale correspondante qu'elle soulève, en même temps qu'elle fait saillie dans la région sous-maxillaire du même côté, et se prolongeant dans la région carotidienne. Cette tumeur est particulièrement fluctuante; on y provoque même le ballonnement en la déplaçant avec les doigts. Elle paraît s'engager profondément au-dessous du sterno-mastoïdien. De forme oblongue, il est difficile d'en apprécier le volume, mais elle paraît contenir 100 à 150 grammes de liquide environ.

Pas de douleur spontanée ni provoquée par la pression; mais la déformation qui s'est accentuée, surtout depuis quelque temps, engage à prendre conseil de M. Poncet, qui conseille l'intervention.

L'opération est pratiquée le 29 janvier 1890. Incision commençant un peu au-dessous de l'angle inférieur de la mâchoire, puis parallèle au bord du sterno-mastoïdien, et se prolongeant sur le bord inférieur du maxillaire. Incision couche par couche avec le bistouri, qui conduit sur une poche à parois minces de 1 millimètre environ d'épaisseur.

Par l'ouverture de ce kyste, il s'écoule en abondance un liquide couleur café légèrement visqueux; il s'agit d'un kyste hématique congénital, s'étendant au loin jusqu'aux apophyses transverses, ainsi qu'on peut le constater avec un doigt introduit dans la poche.

Cette dernière est bilobée; au-dessus de l'incision, le doigt pénètre dans un orifice de quelques millimètres de diamètre, qui conduit dans une autre cavité s'engageant profondément sous le plancher buccal, et se prolongeant vers le pharynx.

L'incision cutanée est alors agrandie pour permettre l'évacuation complète du liquide et un examen des rapports de la paroi. M. Poncet fait quelques tentatives d'enucléation de la poche, mais en raison de son étendue, de ses rapports avec les troncs vasculaires, de la minceur de la paroi, il renonce bientôt à cette manœuvre, qui aurait pu devenir promptement dangereuse.

Il termine son opération en tamponnant avec grand soin tous les coins et arrière-coins de ce kyste avec un long

chiffon de gaze iodoformée. Les suites opératoires furent très simples; la gaze iodoformée fut enlevée le quinzième jour et remplacée par quelques mèches de gaze iodoformée jusqu'à complète guérison. Ce malade a été revu un an après par M. Poncet, il était complètement guéri.

Nous l'avons revu ces jours derniers, la tumeur n'avait pas récidivé.

OBSERVATION III (inédite).

Due à M. le professeur PONCET.

Kyste congénital de la région sous-maxillaire droite faisant saillie sous le plancher buccal; large incision; tamponnement avec la gaze iodoformée; guérison momentanée, récidive.

H. D..., âgé de 33 ans, agrégé d'histoire à l'École de Cluny, vient consulter M. le professeur Poncet au mois de février 1891, pour une tuméfaction de la région sous-maxillaire droite, faisant saillie sous la muqueuse du plancher buccal et dont le début remonterait à cinq ou six mois.

Le gonflement sous-maxillaire serait survenu sans douleurs, sans cause appréciable. Lorsque M. Poncet examina le malade, il constata une tuméfaction du volume d'une mandarine aplatie : cette masse était très molle, fluctuante, et le diagnostic de kyste sous-maxillaire s'imposait; M. Poncet conseilla une intervention chirurgicale qui fut pratiquée à Cluny au mois de mars de la même année.

Incision sur la partie la plus saillante de la tumeur, parallèle au bord inférieur du maxillaire et située à 15 ou 20 millimètres de ce bord; en incisant couche par couche M. Poncet arrive sur une poche très mince, en rapport immédiat avec la glande sous-maxillaire dont elle est cependant indépendante; l'ouverture du kyste laisse échapper 40 à 50 grammes de liquide clair, visqueux. Le doigt introduit dans cette ouverture s'engageait au-dessous de l'angle inférieur de la mâchoire jusqu'au-dessous de l'apophyse styloïde. On constatait en même temps des rapports immédiats de la paroi kystique avec le pharynx; toute tentative d'ablation eût été dangereuse.

Avec une curette mince, M. Poncet racla la paroi interne de la poche, de façon à en détruire l'épithélium, et procéda à un tamponnement méthodique avec la gaze iodoformée, de toute la cavité.

L'opération pratiquée, il perdit de vue le malade, qui dut suivant ses indications être pansé plusieurs fois jusqu'à complète guérison.

Pendant les premiers mois qui suivirent l'opération, M. Poncet n'eut pas de nouvelles de ce malade. Mais dix mois après, il en recevait une lettre datée de Narbonne, et dans laquelle le malade lui racontait qu'un certain gonflement s'était produit de nouveau dans la région sous-maxillaire opérée.

M. Poncet engagea le malade à venir à Lyon, mais son conseil ne fut pas suivi et depuis il n'en n'a pas eu de nouvelles.

D'après les renseignements donnés, il suppose une récurrence, et il l'attribue à ce que certaines parties de la poche n'ont pas été profondément modifiées dans leur structure, en un mot à la persistance d'une portion de la paroi avec ses caractères habituels, ce qui serait probablement dû à l'insuffisance du traitement chirurgical consécutif, confié à un médecin de la localité.

OBSERVATION IV (inédite).

Due à M. le professeur PONCET.

Kyste congénital du plancher buccal et de la région sous-maxillaire droite (grenouillette congénitale).

Dans le courant de l'année 1884, M^{me} X..., marchande de fourrures, vient, sur les conseils de M. Cusset, consulter M. Poncet pour une énorme grenouillette qui fait saillie non seulement sous le plancher buccal, mais qui déforme encore la région sous-maxillaire droite. Cette tumeur très fluctuante, et qui offre en effet tous les caractères d'une tumeur liquide, serait survenue sans cause appréciable : son

accroissement a été plus rapide dans ces derniers temps ; la tuméfaction provoque une certaine gêne fonctionnelle et parfois aussi quelques douleurs.

Le cathétérisme du canal de Wharton correspondant montre sa perméabilité ; il est soulevé par la tumeur, et fait une saillie plus marquée dans la cavité buccale qu'au dehors.

L'opération fut pratiquée avec l'assistance de M. le Dr Cusset ; M. Poncet aborda la tumeur par la voie buccale, qui lui paraissait être ici plus particulièrement indiquée, en raison de la saillie intra-buccale de la grenouillette, et aussi parce que la malade répugnait à l'idée d'une cicatrice cervicale. Il eut recours au procédé de Jobert de Lamballe, à la batrachosioplastie.

Après avoir incisé crucialement la muqueuse, sur une longueur de 12 à 15 millimètres, et disséqué chaque lambeau ; il incisa de même la paroi du kyste, et sutura séparément avec soin chaque bord de la muqueuse avec chaque bord correspondant de la paroi du kyste.

A l'ouverture de la poche, il s'écoula en abondance la valeur au moins d'un grand verre d'un liquide gras, analogue à de la semoule, d'une odeur sébacée détestable. Un stylet introduit dans la poche montra qu'elle s'étendait au loin du côté du pharynx. Cette extension de la tumeur, le peu d'épaisseur de sa paroi, d'autre part, la difficulté des manœuvres, contre-indiquaient toute tentative d'ablation, laquelle parut du reste à M. Poncet immédiatement impossible.

Les résultats de cette intervention furent simples ; mais quelques mois après, l'ouverture s'était fermée, et M. Poncet dut recourir à une nouvelle opération du même genre, qui donna un excellent résultat définitif.

OBSERVATION V (inédite).

Due à l'obligeance de M. JABOULAY.

En novembre 1892, entre à l'Hôtel-Dieu une jeune fille de 19 ans, qui porte sur le côté gauche du plancher buccal

un gros kyste qui a débuté il y a un an par deux petites poches situées sous la langue. Cette tumeur fluctuante a un volume énorme ; elle remonte jusqu'à la base du crâne et au voisinage de l'apophyse styloïde, en dedans du maxillaire inférieur.

On fait une incision sur la tumeur, au niveau de la région sous-maxillaire, parallèlement au bord inférieur du maxillaire ; le kyste est ouvert, il en sort un liquide abondant, huileux, jaunâtre. Drainage. Guérison, pas de récurrence.

OBSERVATION VI (inédite).

Due à l'obligeance de M. JABOULAY.

En 1891, se présente à l'Hôtel-Dieu une femme de 35 ans, atteinte d'une grenouillette gauche qui récidive pour la troisième fois. Le canal de Wharton ne peut être cathétérisé.

La tumeur est incisée au niveau de la région sous-maxillaire ; on tombe sur une masse formée par trois kystes disposés d'avant en arrière, sans communication entre eux, semblables à une tumeur polikystique. On les incise, il en sort un liquide abondant, gélatineux, tremblotant, à peu près semblable au contenu des kystes congénitaux. Excision de quelques débris de la poche ; tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison : pas de récurrence.

Après l'exposé de ces trois observations de grenouillette commune, dont le contenu montre toute l'analogie avec les kystes congénitaux, étudions comparativement et la grenouillette vulgaire, aiguë ou chronique, et les kystes mucoïdes, et voyons s'il est possible de leur attribuer une origine commune.

Tout d'abord, le siège de ces tumeurs est identique ; elles se développent sur les parties latérales du plancher buccal et ce n'est que lorsqu'elles ont acquis

un volume considérable qu'elles occupent toute la région. Elles reposent sur le mylo-hyodien, et sont recouvertes par la muqueuse buccale qui leur est peu adhérente. Ce sont dans les deux cas des kystes arrondis, ou plus ou moins déformés par les organes voisins, et d'aspect identique.

A l'examen microscopique, l'intérieur de ces kystes est tapissé par un épithélium cylindrique qui par place peut manquer et qui en d'autres points est en voie de prolifération. Recklinghausen a observé dans quelques cas des cils vibratiles, et Robin a noté la présence en quelques endroits d'épithélium pavimenteux. Cet épithélium le plus souvent cylindrique, qui revêt la paroi kystique, évolue comme un épithélium ordinaire; les cellules les plus superficielles tombent, se mélangent au contenu de la tumeur, et sont remplacées par d'autres cellules nées de la prolifération de la couche profonde. C'est là une évolution commune à toutes les surfaces de revêtement, et point n'est besoin d'attribuer, ainsi que le fait Suzanne (thèse de Bordeaux, 1886-87), cette prolifération à une inflammation du kyste; dans quelques cas, cette inflammation peut se produire, mais c'est rare.

Cet épithélium repose sur une paroi conjonctive plus ou moins riche en vaisseaux, à l'intérieur de laquelle on a remarqué la présence de cavités kystiques, (dans le cas de grenouillette) remplies d'un liquide muqueux, qu'on a regardé comme des lobules glandulaires, communiquant parfois avec la grande cavité par de petits conduits tantôt normaux, tantôt dilatés

et tapissés par des cellules caliciformes. Mais ce sont là des caractères communs avec les kystes mucoïdes ; dans ces tumeurs en effet, il y a également une paroi conjonctive renfermant des vaisseaux ainsi que des cavités kystiques secondaires, qui ont fait donner à ces kystes le nom de multiloculaires ; on y a noté aussi la présence de petites glandes, et ce fait ne présente rien d'anormal si l'on songe que l'on a affaire à un kyste revêtu d'une membrane muqueuse.

Mais c'est surtout le contenu des kystes mucoïdes et des grenouillettes qui présente de grandes analogies et qui fait qu'on peut rapprocher l'une de l'autre ces deux variétés de tumeurs.

Dans les deux cas, ce contenu est visqueux, transparent, plus ou moins jaunâtre, d'une consistance très différente de la salive et se rapprochant plutôt de celle du blanc d'œuf.

Il renferme des cellules épithéliales polymorphes, des cellules colloïdes et des globes hyalins et dans quelques cas de petits grumeaux analogues à de la semoule (Cornil et Ranvier). Au point de vue chimique, il est tout à fait différent de la salive, il ne contient pas de sulfocyanures alcalins, ni de ptyaline ; est riche en mucine et en albumine, et est incapable de transformer les féculents en glucose. Il possède parfois une odeur désagréable, analogue à celle de la matière sébacée.

Tout cela ne serait pas suffisant cependant d'après Chauvel pour nier l'origine glandulaire de la grenouillette, parce que la glande ayant subi des modifica-

tions peut bien ne plus fournir une sécrétion normale ; et de plus, le séjour prolongé de ce liquide dans la cavité kystique peut bien modifier sa composition.

Mais il n'est pas prouvé que le séjour à l'intérieur du kyste altère la salive, et que les modifications de la glande changent les qualités chimiques du liquide. En tout cas, ces objections ne peuvent pas expliquer pourquoi la tumeur ne change pas de volume pendant le repas, et pourquoi les fistules salivaires, qui habituellement, une fois établies, sont très longues à se fermer, s'oblitérent très rapidement, dans le cas qui nous occupe, que l'ouverture du kyste soit spontanée ou artificielle.

Tout cela nous montre que la grenouillette n'est pas due à la rétention de la salive dans la glande, et qu'il est peu probable qu'elle ait pris naissance à l'intérieur de cette dernière.

Si le liquide contenu dans la grenouillette n'est pas de la salive, d'où peut-il provenir ? Pour la grenouillette, Suzanne admet qu'il se produit une gêne circulatoire et une augmentation de tension dans les vaisseaux de la paroi du kyste due à la gêne circulatoire produite par l'accroissement de la tumeur et à l'irritation provoquée par sa présence dans les tissus voisins. Il se produirait alors une transsudation séreuse dans l'intérieur de la poche, et le liquide exsudé viendrait diluer les produits provenant de la dégénérescence du revêtement du kyste, et lui donnerait sa consistance muqueuse ; ce fait expliquerait aussi que ce contenu soit tout à fait différent de la salive normale.

Cette hypothèse peut paraître acceptable, mais elle n'est appuyée sur rien, sauf sur la présence de quelques globules rouges et blancs dans l'intérieur de la tumeur. C'est une preuve que l'on ne peut invoquer, car on peut trouver les mêmes éléments dans le contenu des kystes congénitaux. Il est plus vrai d'attribuer au contenu de la grenouillette la même origine qu'au liquide des kystes branchiaux, et d'en faire un produit de sécrétion et d'évolution normale.

L'accroissement des deux kystes se fait d'une façon analogue ; il est progressif et dû à la dégénérescence et à la rénovation des cellules, lesquelles vont contribuer à former le contenu. L'accroissement de la paroi conjonctive peut s'expliquer par des phénomènes inflammatoires causés par la présence de la tumeur au milieu des tissus voisins et amenant la néo-formation du tissu conjonctif. Enfin, si l'on a affaire à un kyste multiloculaire, on peut parfaitement admettre que l'augmentation de volume de la poche principale tient à la réunion de cette dernière avec une ou plusieurs cavités kystiques secondaires, par suite de l'accroissement de chacune d'elles.

Il n'y a pas de différence entre les symptômes de la grenouillette chronique et ceux des kystes branchiaux (mucoïdes). Leur marche est identique, le début est insidieux et le kyste n'est souvent reconnu que lorsqu'il a pris un certain volume ; il se développe surtout à l'âge adulte ou à l'adolescence, mais s'observe quelquefois aux autres époques de la vie ; enfin, quand il a commencé à se développer, sa marche est progressive.

Dans quelques cas, on assiste à un accroissement rapide de la tumeur ; celle-ci prend une marche aiguë et constitue alors la grenouillette, que l'on attribue à des causes bien différentes (calculs, corps étrangers, rupture des canaux salivaires, etc.). Mais dans un certain nombre de cas, ce développement suraigu peut être regardé comme produit par une inflammation du kyste, et c'est là un fait que l'on observe fréquemment dans les kystes congénitaux.

La grenouillette, aussi bien que ces dernières tumeurs, récidive souvent ; cela tient à ce qu'en opérant on n'a pas fait une ouverture suffisante à la tumeur, qu'on n'a pas ensuite modifié sa paroi ; celle-ci continue à sécréter et à se transformer, et l'ouverture se fermant rapidement, il se forme un nouveau kyste.

Après l'étude comparée que nous venons de faire de la grenouillette et des kystes mucoïdes, on peut voir combien sont nombreuses leurs analogies, leurs ressemblances. Suzanne l'avait déjà remarqué, lorsqu'il admet dans sa thèse, pour la grenouillette, bien qu'il la regarde comme développée dans la glande sublinguale, un processus en tout semblable à celui des kystes mucoïdes de l'ovaire. Aussi est-il permis de dire avec notre maître, M. le professeur Poncet, que dans la plupart des cas la grenouillette commune n'est autre chose qu'un kyste congénital.

CHAPITRE IV

Grenouillette sanguine ou tumeur érectile du plancher buccal.

Cette variété de kystes, improprement désignée sous le nom de grenouillette, ne se rencontre que très rarement. Dolbeau a été le premier à les décrire en 1857, dans un mémoire dont le point de départ était une observation avec pièces présentées à la Société anatomique. Son travail contient cinq observations, il réunit et les tumeurs érectiles et les simples kystes qui en proviennent quelquefois. A ces faits, on peut joindre un cas douteux de Schwerin, un fait sans détail de Perassi (*Giornale de la Roy. Acad. di med., di Torino*, 1873, n° 11), observé sur un enfant de 7 ans, et une observation peu concluante de Hawkins.

OBSERVATION I (de Dolbeau). — Une femme de 34 ans présente du côté gauche de la bouche, entre le frein de la langue

et le maxillaire inférieur, une petite tumeur formant sur le plancher buccal un relief mou, fluctuant, bleuâtre, transparent. De plus, on remarque sous la langue, à la lèvre inférieure, à la face interne de la joue gauche, des bosselures violacées, membraneuses. Nélaton crut à une grenouillette coïncidant avec des tumeurs érectiles, et il voulut en débarrasser la malade. Une ponction fut faite dans la tumeur avec un trocart, et donna un sang rouge qui sortit sans impulsion, produisant une hémorrhagie difficile à arrêter. La malade succomba à la pyohémie. A l'autopsie, la tumeur était constituée par une cavité distincte occupant le plancher de la bouche et l'épaisseur de la base de la langue.

OBSERVATION II (Dolbeau). — Chez une jeune fille de 18 ans, on remarque, à gauche de la langue et repoussant le frein, une tumeur grosse comme une petite noix, recouverte par la muqueuse saine et mobile. Elle est transparente, un peu violacée; à sa surface, on observe un petit point érectile de la grosseur d'une tête d'épingle, qui, suivant la malade serait le siège de la ponction pratiquée au commencement. La tumeur recouvre la veine ranine qui n'existe plus que dans sa terminaison à la pointe de la langue. Par sa partie inférieure, la tumeur se confond avec le plancher de la bouche.

OBSERVATION III (Dolbeau). — En 1854, Bouchet est appelé pour traiter une tumeur placée sous la langue, et dont la ponction pratiquée par Bollaert donna une grande quantité de sang. Elle paraissait augmenter de volume par les cris, les efforts, et diminuait par une pression continue, prolongée. L'excision de la paroi supérieure du kyste fut suivie d'une hémorrhagie difficile à arrêter; à l'examen de la face profonde de la poche, on trouva des orifices vasculaires comme dans le tissu érectile.

OBSERVATION IV (Dolbeau). — Sur le cadavre d'une jeune femme, Dolbeau trouva une tumeur située à gauche du frein de la langue, sur le plancher buccal; elle était grosse comme une noisette, et recouverte par la muqueuse.

libre d'adhérence. « J'eus beaucoup de peine, dit Dolbeau, à disséquer le canal de Wharton, à cause de la présence de nombreuses veines variqueuses et présentant par place des culs-de-sac. Néanmoins, j'isolai le canal et j'eus la certitude qu'il n'était pour rien dans la formation du kyste. Celui-ci en était bien éloigné et logé au milieu de paquets veineux dont j'ai déjà parlé. J'ai voulu l'isoler complètement des veines, mais bientôt il a été ouvert, et j'ai pu constater ce qui suit : les parois étaient très minces, lisses et d'aspect séreux vers l'intérieur. Le contenu était un liquide séreux, légèrement rosé, renfermant un petit corps d'apparence fibrineuse. J'ai exploré les parois et nulle part je n'ai pu trouver un trou, un pertuis, qui fit communiquer cette cavité avec les glandes salivaires, ou avec les veines. Je crois cependant que ce kyste est le résultat d'une oblitération veineuse. »

OBSERVATION DE HAWKINS. — Sur le côté droit du cou d'un enfant de huit mois, se trouvait une tumeur congénitale du volume d'une orange, cette tumeur s'étendait de l'apophyse zygomatique au cartilage cricoïde et de l'apophyse mastoïde au menton. Elle faisait trois pouces de saillie. Elle s'étendait également sous la mâchoire jusque dans la bouche, repoussait la langue du côté opposé, et en haut ; cette tumeur était lisse et globuleuse. Par la bouche, on apercevait sous la langue deux kystes comme des grenouillettes, mais renfermant un liquide brun rougâtre, l'enfant guérit après deux ponctions successives.

Il est difficile de se prononcer sur le mode de formation de ces tumeurs, le peu d'observations connues ne nous donne pas les éléments nécessaires. Il faut cependant signaler un fait à ce sujet, c'est que les angiomes semblent se développer de préférence sur le trajet des fentes branchiales.

Pour Dolbeau, ces tumeurs peuvent se former de trois façons :

1° Par la rupture ou ulcération de la paroi veineuse et épanchement de sang dans les tissus ;

2° Par oblitération des veines dans certains points et destruction des parois contiguës dans les portions restées libres ;

3° Par dilatation simple et totale d'une veine, ou dilatation latérale du même vaisseau.

Recklinghausen considère ces kystes comme des grenouillettes ordinaires compliquées de dilatation variqueuse de la veine ranine ou de tumeurs érectiles.

Les symptômes de ces kystes sont les suivants : la tumeur occupe sur le plancher buccal la place des grenouillettes ordinaires ; elle coïncide souvent avec d'autres tumeurs sanguines, situées dans d'autres régions ; elle n'est jamais volumineuse, présente une coloration bleuâtre, et à la palpation, est molle, dépressible, réductible, et augmente de volume pendant les cris et les efforts. La ponction retire une certaine quantité de sang ou d'un liquide présentant encore des traces de la matière colorante du sang.

La grenouillette sanguine a une marche très lente ; elle peut s'enflammer très facilement, ou bien elle se transforme en un kyste séro-sanguin bien isolé.

CHAPITRE V

Grenouillette sous-maxillaire par dilatation du canal de Wharton imperforé.

HISTORIQUE.

Cette variété de grenouillette est très rare, et il n'en a pas été publié plus de neuf observations.

Le premier cas se rapportant à ce genre de kyste appartient à Stolz (*Gaz. méd.*, Paris, 1833).

En 1866, à la Société de chirurgie, Guyon rapporta une nouvelle observation et présenta les pièces anatomiques.

Le 18 mai 1870, Blot (*Bull. Soc. chir.*, t. XI, 1870) fit à la Société de chirurgie une communication sur une grenouillette du même genre, mais sans donner beaucoup de détails.

Dans la statistique de Muller, qui parut en 1877 et porte sur 80,000 enfants observés, on ne trouve

qu'un seul cas qui paraisse se rapporter à cette sorte de tumeur.

En 1879, Lannelongue présenta à la Société de chirurgie une observation de grenouillette sous-maxillaire congénitale et la fit suivre de remarques intéressantes.

En 1880, Demons, de Bordeaux, envoya à la Société de chirurgie une observation très concluante ; la tumeur avait été excisée et cautérisée avec le nitrate d'argent.

Le premier travail fait sur ce sujet est de Richer (thèse de Paris, 1883) ; il contient sept observations, dont deux recueillies dans le service de M. Lannelongue.

En 1885, Remignon (thèse de Paris) produit deux nouveaux cas.

En 1888, Guinard publie dans la *Gazette hebdomadaire* une nouvelle observation qu'il fait suivre d'un historique très court de la question.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Cette grenouillette siège en dehors de la ligne médiane ; elle est arrondie ou plutôt allongée, régulière, le plus souvent transparente ; son volume variable suivant les cas, atteint quelquefois la grosseur d'une amande, mais ne dépasse guère cette dimension.

Le kyste est recouvert par la muqueuse buccale, très amincie à ce niveau et plus ou moins riche en

vaisseaux, qui se montrent sous forme de fines arborisations et donnent à la tumeur une couleur rosée ou légèrement bleuâtre ; ils sont cependant rarement assez développés pour amener une hémorrhagie sérieuse pendant l'opération. Le kyste repose sur les muscles mylo-hyoïdiens et hyo-glosses avec lesquels il présente des connexions.

L'examen microscopique a été rarement pratiqué, voici ce que dit à ce sujet Charles Robin (*Comptes rendus et mémoires de la Société de chirurgie*) : « La paroi de la tumeur a une épaisseur de moins d'un millimètre ; sa surface interne est lisse, plus séreuse que muqueuse, un peu gluante au toucher. L'épithélium qui la revêt est pavimenteux et tout à fait analogue à celui qui revêt normalement la paroi du canal de Wharton ; au-dessus, on trouve une couche de matière amorphe avec des corps fibro-plastiques fusiformes et un peu pâles. Plus en dehors, existe une trame de fibres du tissu cellulaire et de fibres élastiques très nombreuses, on remarque aussi quelques fibres musculaires lisses. »

La tumeur contient un liquide limpide, incolore, glaireux, en tout semblable à du blanc d'œuf. La partie du canal située entre la tumeur et la glande est distendue ; la glande elle-même a un volume plus considérable, par suite de l'accumulation de la salive et aussi peut-être d'un certain degré de congestion.

PATHOGENIE.

Cette variété de kyste est due à l'accumulation de la salive qui ne peut s'écouler. Le canal de Wharton d'ailleurs, nous dit Sappey, a des parois minces, élastiques et dilatables ; il se dilate avec grande facilité, mais lentement. L'expérimentation le prouve bien.

Claude Bernard ayant lié le canal de Wharton sur des animaux a toujours vu le conduit se dilater et l'ectasie s'étendre même jusqu'aux derniers ramuscules des conduits et aux acini de la glande. M. Verneuil a observé le même phénomène à la suite de la ligature accidentelle du canal de Wharton.

Quant à la cause de l'oblitération de ce canal, on ne peut rien affirmer à ce sujet. Richer admet qu'elle serait peut-être due « à une stomatite générale ou partielle, à une aphte développée à l'endroit même occupé par l'ostium ombilicale. »

On ne peut guère invoquer comme cause une malformation congénitale ; dans les diverses observations, il n'en existait pas chez les parents, et quant aux enfants, un seul avait une malformation des organes génito-urinaires.

Il est très difficile de dire à quelle époque a débuté la tumeur : on n'est pas fixé sur le moment où les glandes salivaires commencent à fonctionner. Dubois Stolz et Guyon affirment qu'elles sécrètent déjà avant la naissance ; cependant, dans la plupart des cas, la tumeur n'a été reconnue que plusieurs jours

après la naissance ; il n'y a qu'une observation de Lannelongue où l'on ait noté que le kyste avait été reconnu une heure après la naissance ; dans ce cas, il est certain que la sécrétion avait commencé avant l'accouchement.

SYMPTÔMES.

Cette grenouillette a un volume variable, atteignant parfois la grosseur d'une noisette, rarement celle d'un petit œuf de pigeon. Elle est transparente, quelquefois bleuâtre par suite de la présence de vaisseaux dans la paroi, molle, dépressible, fluctuante, unilatérale, et siège plus fréquemment à droite qu'à gauche. Elle est régulière, piriforme, à petite extrémité dirigée vers le frein de la langue et correspondant à l'ostium ombilicale, disposée en forme de coin, et formant une sorte de papille transparente, surmontée d'un point grisâtre, qui est l'orifice oblitéré. Il est rare de voir la dilatation porter sur la partie antérieure du kyste (Guyon).

La tumeur a une direction parallèle à celle du canal de Wharton ; elle est donc légèrement recourbée. Elle adhère au frein de la langue, qu'elle efface et refoule même quelquefois ; elle se dirige en arrière vers la base de la langue, mais en allant en dehors et en bas ; elle s'enfonce sous le maxillaire et se dirige vers la glande sous-maxillaire. Elle est située immédiatement en arrière du maxillaire inférieur, dont elle n'atteint pas souvent le bord gingival ; elle repose

sur le plancher buccal et est recouverte par la muqueuse amincie.

La langue recouvre le kyste et se trouve en rapport immédiat avec lui, s'il n'est pas trop volumineux ; dans le cas contraire, elle est soulevée et rejetée du côté opposé.

Du côté malade, on ne voit pas sourdre la salive, même en excitant artificiellement la sécrétion.

La pression permet de refouler le liquide dans une partie du kyste, mais ne parvient pas à le réduire.

La ponction donne un liquide transparent semblable à du blanc d'œuf.

Si l'on fait pénétrer un stylet dans l'intérieur de la poche, il s'enfonce jusqu'à 4 ou 5 centimètres, et dit Lannelongue : « Il se dirige non pas exactement vers la base de la langue, mais en dehors vers le cou. Son extrémité vient faire saillie au niveau de la région hyoïdienne, c'est-à-dire qu'il pénètre probablement dans la glande sous-maxillaire. »

La glande sous-maxillaire est indolente à la palpation, tuméfiée et rénitente, mais elle ne fait au dehors qu'une légère saillie.

La tumeur se tend lorsque le malade fait un effort, mais elle n'est jamais douloureuse. Elle gêne beaucoup l'alimentation et la déglutition en particulier, en refoulant la langue en haut et en arrière.

La respiration n'est presque jamais entravée.

MARCHE. — PRONOSTIC.

Il est difficile de dire ce que deviendraient ces kystes s'ils étaient abandonnés à eux-mêmes; on ne leur a en effet jamais laissé le temps de se développer. Richer pense que si ces tumeurs continuaient à s'accroître, elles arriveraient à se rompre, et qu'il se formerait ainsi une fistule qui assurerait la guérison.

Il suppose encore que la tumeur pourrait arriver à demeurer stationnaire, par suite de la cessation des fonctions de la glande.

Il est permis de dire en tout cas que cette variété de kyste constitue une affection bénigne et n'évoluerait d'une façon dangereuse que si on l'abandonnait à elle-même.

Il faut donc recourir à une intervention chirurgicale, et cela le plus tôt possible, parce que ces grenouillettes apportent toujours une certaine gêne à l'allaitement.

CHAPITRE VI

Diagnostic des kystes congénitaux du plancher buccal.

KYSTES BRANCHIAUX.

Le diagnostic de ces tumeurs est souvent bien difficile à faire ; cependant si, l'on se trouve en présence d'un kyste dont le début remonte à l'enfance, qui s'est développé lentement, sans réaction inflammatoire, formant une tumeur molle, opaque, de consistance pâteuse, quelquefois fluctuante, tout à fait indolente, d'une coloration blanchâtre ou jaunâtre, et conservant l'empreinte du doigt, on peut affirmer que l'on a affaire à un kyste dermoïde, surtout si ce dernier occupe la ligne médiane.

Cette variété de kyste a été souvent confondue avec la grenouillette chronique, et cela surtout dans les cas de kystes latéraux.

Mais la grenouillette est généralement plus superficielle, elle est transparente, d'aspect souvent bleuâtre et jamais jaunâtre, les parois en sont plus minces, et le doigt n'y laisse jamais d'empreinte persistante; enfin, la ponction exploratrice permet de retirer un liquide en tout semblable à du blanc d'œuf et non de la matière sébacée.

C'est à l'aide de ces mêmes symptômes que l'on distinguera un kyste dermoïde d'un kyste mucoïde, la grenouillette chronique n'étant bien souvent qu'un kyste de cette dernière variété.

Il n'y a pas à faire de diagnostic différentiel avec les kystes développés dans la bourse de Fleischmann, nous avons vu que ces tumeurs étaient plutôt des kystes congénitaux que des grenouillettes, et en tout cas, si on admettait leur existence, il serait difficile de leur décrire des symptômes particuliers.

On pourrait confondre les kystes latéraux avec une grenouillette sous-maxillaire; mais le siège de la tumeur, sa consistance, l'augmentation de volume de la glande, sa forme, qui est oblongue, piriforme, avec pointe antéro-interne venant se terminer à l'ostium ombilicale, le cathétérisme, suffisent à faire le diagnostic.

Les kystes hydatiques du plancher buccal présentent presque les mêmes symptômes que les kystes branchiaux, et dans la plupart des cas, il est impossible de les différencier, la ponction exploratrice permet seule de les distinguer.

Les lipomes peuvent aussi être confondus avec les kystes dont nous parlons; mais d'abord ces humeurs

sont excessivement rares, leur début n'est pas congénital, leur marche est progressivement croissante, sans temps d'arrêt; leur forme est irrégulière, présentant fréquemment des bosselures; leur consistance est molle, pâteuse, souvent fluctuante; à la palpation, on trouve une masse composée de granulations et souvent aussi on perçoit ce qu'on nomme la collision crépitante, que certains auteurs regardent comme un signe pathognomonique de ces tumeurs (Morel-Lavallée, Richet). Enfin, dans le cas de lipomes, la ponction exploratrice ne donne rien.

Quant aux grenouillettes sanguines décrites par Dolbeau, elles ne peuvent pas être confondues avec les kystes que nous étudions, leur couleur violacée, leur réductibilité, leurs changements de volume pendant les cris et les efforts; la dilatation vasculaire qui s'y joint, la ponction exploratrice enfin les feront reconnaître facilement.

Grenouillette congénitale par dilatation du canal de Wharton imperforé. — Cette variété de kyste peut se reconnaître à sa forme allongée, cylindrique, à sa direction, à son siège, à l'imperforation du canal, à l'absence d'ostium ombilicale, à l'impossibilité de pratiquer le cathétérisme du canal de Wharton, à l'absence de l'écoulement de la salive à la suite d'une excitation avec une substance sapide, au gonflement de la glande sous-maxillaire. Enfin, cette tumeur est transparente, de forme régulière, fluctuante, et donne à la ponction exploratrice un liquide transparent et glaireux.

Tumeurs érectiles du plancher buccal. — Leur diagnostic est facile, car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, leur couleur violacée, bleuâtre, leur mollesse spéciale, leur réductibilité, leurs modifications de volume pendant les cris et les efforts, la dilatation vasculaire qui s'y joint et la coïncidence d'autres tumeurs érectiles dans d'autres régions du corps, les font facilement reconnaître. Le diagnostic est encore confirmé par la ponction exploratrice qui amène ou une certaine quantité de sang, ou un liquide présentant encore des traces de la matière colorante du sang.

CHAPITRE VII

Traitement.

Kystes dermoïdes. — On n'emploie plus aujourd'hui les anciens procédés, tels que le passage d'un séton au travers de la tumeur; l'incision simple ou l'excision d'une portion de la paroi suivie d'une cautérisation. Ces moyens ont le tort d'être lents, inefficaces, car ils n'empêchent pas la récurrence, et amènent trop souvent des complications inflammatoires.

La seule méthode de traitement admise aujourd'hui est l'extirpation,

Mais là-dessus encore, les chirurgiens ne sont pas d'accord les uns préfèrent la voie buccale (Ozenne : Verneuil), les autres la voie sus-hyoïdienne (Reclus et Gérard-Marchant).

La première voie a été employée tout d'abord et pendant longtemps. L'opération semble plus simple

en opérant par la bouche, car on n'a qu'une faible épaisseur de tissus à traverser ; on évite de plus une cicatrice qui est toujours disgracieuse ; enfin, cette méthode n'a jamais été cause de complications sérieuses.

Cependant, la voie sus-hyoïdienne employée d'abord par Gross, puis par Barker, Gérard Marchant, Reclus, semble préférée aujourd'hui par presque tous les chirurgiens, ainsi que le montre la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, le 24 février 1891.

Ainsi que le dit Reclus (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*), cette voie permet d'aborder facilement le kyste ; on opère à l'aise, à découvert, sans être gêné par les lèvres, les arcades dentaires ou la langue. L'anesthésie se fait facilement, sans danger ; on ne risque pas de sectionner les conduits de Wharton, la déclivité suffit à entraîner le sang et les liquides sécrétés par la plaie ; on ne crée pas de cul-de-sac profond et anfractueux, comme dans l'extirpation par la voie buccale, où s'accumuleraient le pus, la salive et les matières septiques.

Quant à la cicatrice, elle sera peu visible, elle sera linéaire, ne pourra être vue que lorsque le sujet lèvera la tête avec effort, et en tout cas sera toujours dissimulée par la saillie du menton. Reclus donne les règles opératoires suivantes : incision sur la ligne médiane, parcourant toute la convexité de la tumeur, allant du bord inférieur du maxillaire à l'os hyoïde : les muscles génio-hyoïdiens découverts, et la sangle musculaire du mylo-hyoïdien seront séparés par

la sonde cannelée et retenus à droite et à gauche par des écarteurs. Ponctionner la partie du kyste mise à nue, puis quand elle ne contient plus qu'une petite quantité de matière sébacée ou muqueuse, oblitérer l'orifice avec une pince à forcipressure. Tirer alors sur la tumeur qui s'énucléera quand on aura libéré ses adhérences avec l'os hyoïde et les apophyses géni; ruginer les points d'insertion osseux.

Si l'on veut opérer par la voie buccale, et cela peut se faire pour des tumeurs petites, superficielles, faisant une forte saillie dans la cavité buccale, le manuel opératoire ne comporte aucune indication particulière. Le traitement de la plaie opératoire seul diffère. Pour éviter de laisser dans la bouche un cul-de-sac profond, on a proposé de faire d'abord une suture profonde en surget pour combler la cavité; de placer ensuite sur les deux lèvres de la muqueuse des sutures au catgut, à points rapprochés, de façon à ce que les matières septiques ne puissent pénétrer dans la plaie. Il sera ensuite nécessaire de faire de fréquents lavages buccaux antiseptiques.

Quant aux kystes muqueux, que nous avons vu le plus souvent occuper l'un des côtés du plancher buccal et la région sous-maxillaire correspondante, ils doivent être également abordés le plus souvent par la région sous-maxillaire, et d'après M. le professeur Poncet, on doit se guider sur la saillie plus ou moins grande que fait la tumeur dans l'une ou l'autre région.

A moins d'indication particulière, la voie de choix est pour M. Poncet la région cervicale, alors que

l'incision pratiquée au bord inférieur du maxillaire répond à la partie la plus saillante de la tumeur. La peau, les tissus sous-jacents seront incisés couche par couche, pendant qu'un ou deux doigts d'un aide, introduits dans la cavité buccale, exercent une certaine pression sur le kyste à ce niveau pour le faire saillir au dehors.

La poche incisée et vidée de son contenu, quelle conduite faut-il tenir ?

L'idéal serait évidemment d'extirper complètement cette poche ; mais cette conduite nous semble bien rarement possible, car un des caractères précisément de ces kystes congénitaux, est d'être beaucoup plus profondément situés qu'ils ne le paraissent, d'envoyer au loin du côté des vaisseaux du cou, du pharynx, de la base du crâne, des prolongements.

Une extirpation complète serait donc pour cette raison particulièrement dangereuse, et la difficulté serait augmentée par le peu d'épaisseur de la paroi kystique.

Si donc, après l'exploration de la cavité, avec le doigt ou avec un stylet, on acquiert cette conviction que l'extirpation ne doit pas être tentée, on aura recours au procédé employé plusieurs fois par M. le professeur Poncet, qui étant complètement innocent, n'en permet pas moins de compter, ainsi que le montrent nos observations, sur une guérison définitive.

Ce procédé n'est autre que le tamponnement méthodique de la poche dans tous ses coins et arrières-coins, avec de la gaze iodoformée. Ce capitonnage

irrite, modifie antiseptiquement la paroi interne du kyste et permet l'accolement de ses parois.

Le tamponnement sera, dans des pansements ultérieurs, le premier devant rester en place quinze jours environ, pratiqué avec le même soin ; on suivra en quelque sorte le retrait du kyste jusqu'au moment où une simple mèche pourra être suffisante. Le traitement consécutif, a, on le comprend, une très grande importance, et chez deux malades ainsi opérés, nous avons vu des récidives se produire, qui ne s'expliquent que par l'intégrité d'une portion plus ou moins étendue de la poche non modifiée.

Une bonne manœuvre avant ce tamponnement sera, le kyste vidé de son contenu, le curetage méthodiquement fait de la paroi interne du kyste, son attouchement avec du chlorure de zinc, du nitrate d'argent, de l'acide phénique concentré, etc., tous moyens conseillés depuis longtemps et visant le même but, à savoir une irritation plastique de la paroi de la tumeur, afin d'en amener l'occlusion cicatricielle.

En résumé, nous sommes partisan de l'ablation de la poche quand elle est possible, mais lorsqu'elle ne l'est pas, ce qui nous paraît être la règle, il faut alors l'irriter antiseptiquement, la panser à ciel ouvert ou suivant son retrait progressif, jusqu'à son occlusion définitive.

Nous n'entrons pas dans plus de détail pour le traitement de ces kystes ; nous venons d'exposer le traitement préconisé par M. le professeur Poncet, tous les autres, relevant de l'arsenal pré-antiseptique,

sont incertains et souvent dangereux : ils appartiennent à l'historique du traitement de la grenouillette, et doivent céder le pas au traitement que nous considérons comme le traitement de choix.

Grenouillette congénitale sous-maxillaire. — Les procédés employés pour opérer cette variété de kystes sont très nombreux.

La ponction simple, la ponction suivie d'injection irritante, l'excision de la poche suivie de cautérisation ; l'emploi du drain, du séton, sont absolument abandonnés dans le cas qui nous occupe ; de même les procédés autoplastiques plus ou moins compliqués de Jobert de Lamballe, de Forget, Ricord et Barnier.

L'extirpation n'est pas non plus employée.

La méthode de choix est ici l'excision simple, qui est absolument sans danger. On fait maintenir solidement la tête de l'enfant par un aide ; et après lui avoir ouvert la bouche, on refoule à l'aide d'une spatule la langue contre le voile du palais. La tumeur devient alors très saillante, on la saisit avec des pinces à griffe, on l'attire le plus possible, et avec des ciseaux courbes sur le plat, on excise une grande partie de la poche. Le liquide s'écoule aussitôt et la tumeur disparaît.

On forme ainsi une véritable fistule salivaire dont l'ouverture est assez large pour n'avoir aucune tendance à s'oblitérer.

Grenouillette sanguine. — Cette tumeur, qu'on devrait plutôt désigner sous le nom de nævus du plan-

cher buccal, est d'après M. le professeur Poncet, justiciable du même traitement que les nævi d'autres régions, de la face par exemple, où on les rencontre si communément au voisinage des orifices naturels.

Pour M. Poncet, le traitement de choix est encore ici l'ablation de la tumeur, quand elle possible.

Mais lorsqu'on ne peut y songer, c'est aux moyens de destruction plus ou moins lente qu'il faut avoir recours. L'électrolyse, les cautérisations interstitielles avec de fins cautères rougis lui paraissent le traitement de choix.

Nous ne pouvons, au sujet de ces tumeurs, entrer dans de plus grands développements sur les divers procédés qui ont été proposés et qui sont en somme ceux de tous les nævi, d'autant mieux qu'aucun d'eux ne réalise les conditions de sécurité du fer rouge.

CONCLUSIONS

I. -- Sous le nom de grenouillette, on a englobé des tumeurs liquides du plancher buccal, des régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaire, qui sont des kystes congénitaux de nature variable :

Kystes dermoïdes.

Kystes muqueux.

Kystes sanguins ou tumeur érectile du plancher buccal.

II. — En dehors de la grenouillette sanguine dont nous connaissons peu d'observations, les kystes congénitaux paraissent plus nombreux qu'on ne le suppose.

Avec MM. Poncet et Jaboulay, nous pensons que la grenouillette par distension de la bourse séreuse de Fleischmann n'existe pas, et que dans tous les cas où ce diagnostic a été posé, il s'agissait d'un kyste branchial. L'avenir montrera le bien fondé de l'opinion de nos maîtres, mais d'après ce que nous savons

de l'apparition, de l'évolution, de la marche de cette forme de grenouillette, elle n'est autre qu'un kyste congénital.

Nous croyons pouvoir rapprocher de cette dernière variété de tumeur, la grenouillette commune, et avec M. le professeur Poncet, nous pensons que dans la plupart des cas cette sorte de kyste n'est autre chose qu'un kyste branchial mucoïde.

III. — Le traitement de choix, lorsqu'il est possible, ce qui nous paraît être la règle pour certains kystes dermoïdes, mais l'exception pour les kystes muqueux latéraux, est l'ouverture de la tumeur par la voie sus-hyoïdienne ou sous-maxillaire, suivie de l'extirpation complète de la poche.

L'étendue du kyste, mais surtout ses connexions vasculaires, ses adhérences profondes, contre-indiqueront la plupart du temps toute manœuvre d'extraction, rendue non seulement laborieuse par le peu d'épaisseur de la poche, mais encore dangereuse par ses rapports.

Le traitement de choix en pareil cas sera celui suivi et conseillé par M. le professeur Poncet qui, après avoir ouvert largement le kyste, vidé son contenu et modifié la paroi interne soit par le curetage, soit par l'application d'antiseptiques irritants, procède à un tamponnement méthodique de toute la cavité avec la gaze iodoformée, ce tamponnement devant être renouvelé jusqu'à complète adhésion des parois du kyste.

De tels opérés ne sauraient donc être perdus de

vue après l'opération et pansés atypiquement, sans craindre une récurrence qui nous paraît alors particulièrement à redouter.

Le traitement n'est autre que celui de tous les kystes branchiaux quel qu'en soit le siège, lorsque l'extirpation en totalité, ce qui n'est pas rare, est contre-indiquée.

IV. — La grenouillette sanguine ou angiome du plancher buccal est justiciable de la même thérapeutique que les angiomes d'autres régions; ablation de la tumeur lorsqu'elle est possible : dans le cas contraire, destruction, modification des tissus vasculaires par différents moyens, parmi lesquels nous plaçons au premier rang les cautérisations au fer rouge ou galvano-cautère.

Vu, bon à imprimer :

POUR LE DOYEN,

L'assesseur,

G A Y E T.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

PONCET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEZAIS : Journal de Robin, 1884.
ANGER et DUPLAY : Bull. et Mém. Soc.¹ chir., 1881.
BARBÈS : Thèse de Paris, 1879.
BARKER : Transactions of the clinical Soc. of London, 1883.
BARKER : British med., Journ., 1883.
BAZY : Progrès médical, 1883.
BAZY : Bull. Soc. chir., 1891.
BERTHERAND : Thèse de Strasbourg, 1845.
BLOT : Bull. Soc. chir., 1870.
BRIANT : Clinical Surgery, III^e partie, 1870.
CAYE : Thèse de Paris, 1892.
CHABERT : Des grenouillettes, thèse, de Montpellier, 1884.
CHAUVEL : « Article grenouillette, » Dictionnaire, Paris, 1884.
COMBALAT : Bull. Soc. chir., 1881.
CORNIL et RANVIER : Histologie pathologique, Paris, 1884.
CRUVEILHER : Bull. Soc. anat., 1862.
DARDIGNAC : Bull. Soc. chir., 1883.
DEMONS : Thèse de Paris, 1868.
DEMONS : Bull. et Mém. Soc. chir., 1880.
DENONVILLIERS et GOSSELIN : Compendium de chir., t. III.
DESPRÈS : Dictionnaire de méd. et chir. pratiques, t. XVI.
DOLBEAU : Mém. sur la grenouillette sanguine, 1857.
DUPLAY : Bull. méd., 1891.
DUPLAY : Traité de pathologie externe.

- FAWEL : The Lancet, 1885, vol. I.
FERRON : Gazette hebd. méd. et chir., 1887.
FLEISCHMAN : De novis sublingua bursis, Nuremberg, 1841
(analyse Archiv. gén. méd., III^e série, t. XIII).
GALLARD : Bull. Soc. anatomique, 1865.
GARRE : Correspondenz Blatt. f. Sweitzer Aertzer, 1886.
GÉRARD MARCHANT : Bull. Soc. anat., 1886.
GÉRARD : Bull. Soc. chir., 1891.
GERSTER : New-York med., Jour. may 1883.
GOSSELIN : Cliniques de la Charité, t. II, 1873.
GRUBER : Virchow's Arch. f. Path. Anat., 1880.
GUINARD : Bull. Soc. anat., 1888.
GUINARD : Gaz. hebd., 1888.
GUETERBOCK : Arch. f. Klin, Berlin, 1888.
HOLMOLK : Wiener mediezinische Presse, 1881.
LABBÉE : Cliniques, Paris, 1876.
LANDETTA : Thèse, Paris, 1863.
LANNELONGUE : Bull. Soc. chir., 1879.
LANNELONGUE ET ACHARD : Traité des kystes congénitaux,
1886.
LANNELONGUE ET ACHARD : Annales de l'institut Pasteur,
1890.
LANNELONGUE ET MÉNARD : Affections congénitales, t. I,
1891.
LEBERT : Mém. Soc. biologie, 1845.
LEDIART : Path. Soc. of London, 1889.
LINHART : Gaz. hebdomadaire, 1857.
MEUNIER : Bull. Soc. anat., 1881.
MONTFUMAT : Bull. Soc. anat., 1865.
MONOD : Bull. Soc. chir., 1891.
MULLER : Revue des Sc. médicales, t. XI, 1878.
NEUMANN : Arch. f. Klin. Chir., 1877.
NICAISE : Bull. Soc. chir., 1881.
OZENNE : Arch. gen. méd., 1883.
OZENNE : Bull. Soc. anat., 1886.
PAQUET : Arch. gen. méd., 1867.
PAGET : Trans. of the path. Soc. of London, 1886.
PERASSI : Giornale de la Roy. Acad. di med. di Torino, 1873.
PERROUD : Thèse de Paris, 1858.

- PILLON : Thèse de Nancy, 1883.
PONCET : Bull. Soc. chir., 1886.
RECKLINGHAUSEN : Arch. f. Path. Anat. und Physiol.,
Berlin, 1881.
RECLUS : Gaz. hebd., 1887.
RICHER : Thèse de Paris, 1883.
RICHET : Clinique, Gaz. des hôpitaux, 1883.
ROBIN (C.) : Mém. Soc. biol., t. IV, II^e série.
SCHMITT : Arch. méd. et chir. milit., 1891.
SCHWERIN : Berlin. Klin. Wochenschrift, 1877.
SONNENBURG : Arch. f. Klin. Chir., Berlin, 1883.
STRECKEISEN : Arch. f. Path. Anat., 1885.
SUZANNE : Thèse de Bordeaux, 1886-1887.
TILLAUX : Bull. Soc. chir., 1874.
TILLAUX : Bull. Soc. chir., 1875.
TILLAUX : Thèse de Paris, 1863.
TILLAUX : Anatomie chirurgicale, Paris, 1882.
VERCHÈRE et DÉNUGÉ : Bull. Soc. anat., 1872.
VERNEUIL et CLADO : Académie des sciences, 1888.

